ZUR CASUISTIK DER BEZIEHUNGEN ZWISCHEN DER GALLENBLASE UND DEM WEIBLICHEN GENITALE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER MEDIZINISCHEN

DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT

ZU

FREIBURG IM BREISGAU

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

VON

FRANZ HERMANN

AUS

WITTLAGE (Prov. Hannover).

Freiburg i. Br.
Hammerschlag & Kahle, G. m. b. H.
1914.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg im Breisgau vom 2. Mai 1913.

Dekan:
Geh. Hofrat Prof. Dr. Hoche.

Referent:
Geh. Hofrat Prof. Dr. Krönig.

Zur Casuistik der Beziehungen zwischen der Gallenblase und dem weiblichen Genitale.

Die Genitalorgane der Frau weisen wie wenige andere Organsysteme im menschlichen Organismus mannigfaltige Beziehungen zu anderen Organen oder Organsystemen auf. So ist bekannt, welch enger Connex beispielsweise zwischen dem Nervensystem und den Genitalien besteht. Daß dies ferner zwischen den Geschlechtsorganen und ihren unmittelbaren Nachbarorganen der Fall ist, liegt eigentlich sehr nahe, wenngleich es auch vielfach erst der klinischen Beobachtung der letzten Jahrzehnte vorbehalten blieb, darauf hinzuweisen und die für die Therapie notwendigen Schlußfolgerungen daraus zu ziehen. Es sei da an die Appendix und das uropoetische System und ihre nachbarlichen Beziehungen zum Genitale erinnert. Aber auch Organe, bei denen dieser Connex nicht so augenfällig ist, stehen trotzdem zum Genitale in mehr oder minder engen Beziehungen. So zeigte die Forschung der letzten Jahre, welch enge Verwandtschaft zwischen den Geschlechtsdrüsen der Frau und den übrigen Drüsen mit innerer Sekretion vorhanden ist. So wurde mit Sicherheit festgestellt, daß z. B. die fern vom Genitale gelegene Hypophyse und ebenso die Thyreoidea in engstem Connex mit dem Genitale stehen. Doch auch für nicht drüsige Organe hat sich ein Zusammenhang mit dem Geschlechtsapparat gefunden, so z. B. mit dem Magen und der Gallenblase. Es mag auf den ersten Blick befremdlich wirken, wenn auf Beziehungen zwischen diesen zuletzt genannten

Organen und dem Genitale hingewiesen wird. Um so befremdender, als tatsächlich auch klinisch-therapeutisch diese Beziehungen nicht ihren Ausdruck fanden; das Gallensystem und die Geschlechtsorgane der Frau pflegten nicht in das Gebiet derselben Spezialwissenschaft zu fallen. Aber auch darin scheinen sich in einigen Ländern, so auch in Deutschland, Änderungen anzubahnen, wie ein Überblick über die gynäkologische, medizinische und chirurgische Literatur der letzten Jahre lehrt.

Zweck der vorliegenden Arbeit soll es sein, genannte Beziehungen einmal aus der Literatur und andererseits aus dem Material der Freiburger Frauenklinik nachzuweisen, insbesondere ihre Art festzulegen.

Ich beginne zunächst mit dem

A. Überblick über die Literatur.

Olshausen konnte dreimal einen Tumor, der von der Leber ausging, im Beckeneingang von der Vagina aus tasten. In dem letzten Falle war der Tumor glatt und cystisch, so daß er im ersten Augenblick geneigt war, an einen Ovarialtumor zu denken. Der Umstand aber, daß der Tumor bei seiner Größe zu zwei Dritteln rechts lag, sich von unten her umgreifen ließ und keinen Zusammenhang mit dem Uterus hatte, ließ ihn die Diagnose „Lebertumor" stellen. Bei der Operation entpuppte sich der Tumor als die Eiter und Steine enthaltende Gallenblase. Diese Mitteilung ist von besonderem Interesse, da Krömer anläßlich eines Vortrages in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin über „die Differentialdiagnose der Abdominaltumoren und die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit" unter den extragenitalen Ursachen, welche dem Gynäkologen oder Chirurgen eine Geschwulst genitalen Ursprungs vortäuschen können, die Gallenblasentumoren nicht erwähnt.

Sitzenfrey hat 1908 die Literatur auf die „Beziehungen der Cholelithiasis zum weiblichen Geschlechtsleben und zu gynäkologischen Leiden“ durchgesehen. Neben der Mitteilung eines eigenen Falles von Gallenblasenemypem im Wochenbett, der durch Cystectomie geheilt wurde, bringt er reichhaltiges literarisches Material über die Beziehungen von Schwangerschaft zur Cholelithiasis. Einleitend zu seinen Ausführungen über Beziehungen der Gallensteinkrankheit zu gynäkologischen Leiden bemerkt er, daß man bei Frauen aus dem alleinigen Symptom der kolikartigen Schmerzen, die in die Gallenblasengegend projiziert werden, keineswegs auf Vorhandensein einer Cholelithiasis schließen kann.

„Er pflichte F. Frank durchaus bei, wenn er sage, daß bei den Erscheinungen von „Gallensteinkoliken“ ohne Vergrößerung der Gallenblase, ohne Nachweis von Gallensteinen im Stuhl immer an die Möglichkeit gedacht werden müsse, daß die Ursache der Beschwerden im kleinen Becken liege. So sei es hinlänglich bekannt, daß bei den verschiedensten gynäkologischen Leiden, z. B. bei den Lageveränderungen des Uterus, bei Neubildungen des letzteren, bei stilgedrehten Ovarialtumoren, bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe und Parametrien, bei Extrauteringravidität usw. die Haupterscheinungen nicht selten von sekundär betroffenen Abdominalorganen (Blase, Darm, Magen) ausgehen. Kolikartige Schmerzen stellten dann häufig ein wesentliches Krankheitssymptom dar, welches sehr leicht mit Gallensteinkoliken verwechselt werden könne und auch schon oft damit verwechselt sei. Es sei aber natürlich auch umgekehrt die Möglichkeit gegeben, daß ein Gallensteinleiden bei Vorherrschen der Symptome eines gynäkologischen Leidens übersehen werde.“

Naunyn berichtet, daß nicht selten die Gallensteinkoliken mehrmals mit Beginn der Menstruation aufgetreten seien, und teilt einen solchen Fall seiner Beobachtung mit.

L. Naxera bemerkte bei 63,4 % der an Cholelithiasis leidenden Frauen einen Zusammenhang mit dem

Genitale. Er bezieht dabei aber neben dem Verhältnis der Cholelithiasis zur Menstruation auch das zu Schwangerschaft, Geburt und Lactation ein. Berücksichtigt man nur seine Beobachtungen über Beziehungen zur Menstruation, so ergibt sich folgendes: Bei zwei Frauen stellten sich die ersten Gallensteinkoliken zur Zeit der geschlechtlichen Reife im 16. bezw. 18. Jahre ein, eine andere Patientin litt zur Zeit der Schmerzen in der Gallenblasengegend jedesmal an einer unregelmässigen Periode.

Hofbauer erhielt bei Erhebung der Anamnese oft die ganz bestimmte Angabe, daß der Gallensteinanfall mit dem Menstruationstermin zusammengefallen sei, bezw. daß er sich zum prämenstruellen Termine wiederholt habe.

„Dieses zeitliche Zusammentreffen deute auf funktionelle Beziehungen der in der Sexualsphäre sich abspielenden periodischen Vorgänge zur Beschaffenheit der Leber während der genannten Periode hin. Die Beobachtungen Senators und Metzgers (s. unten) und ähnliche könnten allerdings für den kausalen Zusammenhang des Eintrittes eines Cholelithiasisanfalles und den Menstruationsvorgängen nur mit Reserve verwendet werden. Sie fänden aber eine Stütze in neueren Untersuchungen, die zeigten, daß sich unter dem Einfluß der Menstruation in verschiedenen andern Organen wie Auge, Larynx- uud Nasenschleimhaut, Thyreoidea, Hypophyse und Nebenniere ganz ähnliche Vorgänge abspielten wie während der Gravidität, wenn auch in erheblich geringerem Maße."

Senator wies schon 1872 an der Hand von vier Fällen von Gelbsucht den Zusammenfall dieser mit der Menstruation nach. Er glaubte als Ursache derselben eine Leberhyperämie annehmen zu sollen, die in ursächlichem Zusammenhang zu den Vorgängen bei der Menstruation stehe, indem durch sie eine Schwellung der Gallengänge und ein dadurch behinderter Gallenabfluß hervorgerufen werde.

Metzger bekam 1901 einen Fall von „menstruellem Ikterus“ in Beobachtung.

Es handelte sich um eine 45jährige Stepperin, die regelmäßig im Beginn der Menstruation ihren Ikterus bekam, auch später noch, als die Periode unregelmäßig wurde. 1905 kam die Patientin durch eine interkurrente Erkrankung (Bronchopneumonie) ad exitum. Es ergab die Sektion als wesentlichen Befund einen im Cysticus eingeschlossenen, walnußgroßen, teils hellen, teils schwärzlich gefärbten, an mehreren Stellen gelb facettierten Gallenstein, der wie die Obduktion ergab, für gewöhnlich völlig beweglich war und den Gallenabfluß nicht gänzlich behindert, allerdings starke Stauung hervorgerufen hatte.

Unter dem Einfluß der Menstration einerseits, meint Metzger, sei eine starke Blutfüllung und Schwellung der Gallengangswandungen eingetreten, andererseits gleichzeitig der Gallenstein tiefer gerückt, und so wäre der Abfluß der Galle völlig oder fast ganz versperrt gewesen. Ob der menstruelle Ikterus als Krankheit sui generis auch ohne organische Veränderungen der Leber oder der Gallenwege vorkomme, müßten erst weitere Beobachtungen lehren.

Pick bezeichnet als Ursache des Ikterus eine Sekretionsanomalie der Leberzelle, die er Paracholie nennt, und erwähnt unter den Formen nervöser Paracholie den menstruellen Ikterus.

Auch Hartmann ist geneigt, die Menstruation zu Gallenblasenerkrankungen in Beziehung zu setzen, und die Menstruation als ätiologisches Moment für die Cholelithiasis anzuschuldigen.

Frank berichtet über 6 Fälle, in denen Gallensteine fälschlicherweise als die Ursache von kolikartigen Beschwerden in der Magengegend angesehen wurden, wo tatsächlich gynäkologische Leiden zu Grunde lagen. Frank betont, daß bei den Erscheinungen von Gallensteinkoliken ohne vorausgegangenen Ikterus, ohne Ver-

größerung der Gallenblase, ohne Nachweis von Gallensteinen immer an die Möglichkeit gedacht werden muß, daß die Ursache der Beschwerden im kleinen Becken liegt. Ich führe der Wichtigkeit wegen die Fälle an:

Fall 1: Eine Frau, seit einem Jahre verheiratet, hat seitdem stets Schmerzen in der Magen-Bauchgegend, die schließlich zur Gallensteinoperation führen, bei der jedoch keine pathologischen Verhältnisse an der Gallenblase nachgewiesen werden. Die Schmerzen lassen zwar zunächst nach, stellen sich jedoch, als die Frau nach langem Krankenlager aufsteht, sofort wieder ein und werden jetzt als postoperative Verwachsungen gedeutet. Nachdem die Patientin etwa 7 Monate post operationem gravid geworden ist, steigern sich die Schmerzen ins Ungemessene und die Patientin kommt sehr herunter. Es werden die verschiedensten Ärzte zu Rate gezogen; ein Gynäkologe bezieht sämtliche Beschwerden auf den graviden Uterus und will die Patientin durch Hypnose und Suggestion heilen. Als letztes Mittel wird der Patientin die Einleitung der künstlichen Frühgeburt empfohlen. Jetzt wird Frank hinzugezogen und stellt ein subseröses Fibrom fest, welches hinter dem graviden Uterus in das Becken eingekeilt ist. Der Tumor wird nach Spaltung des Dammes und der hinteren Vaginalwand entfernt, fünf Tage post operationem stirbt die Patientin an Entkräftung. Bei der Sektion zeigen sich starke peritioneale Stränge in der Gegend der Gallenblase. Die Gallenblase selbst ist unverändert, keine Steine. Keine Spur von Peritonitis, keine Veränderung des Wurmfortsatzes.

Bei den 4 folgenden Fällen handelte es sich auch um Beschwerden, die wohl auf die Gallenblase hinwiesen und bei denen auch die Vornahme einer Gallenblasenoperation in Aussicht genommen war, die jedoch auf Grund gynäkologischen Befundes unterblieb. 1 Fall wurde conservativ, 3 wegen eines vorliegenden gynäkologischen Leidens operativ behandelt. Alle 4 wurden von ihren Kolikanfällen geheilt.

Im 6. Fall war bereits vor einem Jahre eine Gallensteinoperation vorgenommen, ohne daß die Schmerzanfälle geschwunden wären. Die Frau wurde an den

Genitalien behandelt und im Verlauf eines Jahres schwanden sämtliche Kolikschmerzen.

Frank sagt dann wörtlich: „Ich bin überzeugt, daß jeder Gynäkologe von ähnlichen Fällen zu berichten weiß. Solche Fälle zeigen, wie wichtig es ist, daß der Arzt, der in der weiblichen Bauchhöhle das Messer führen will, nicht allein auf eine tüchtige chirurgische sondern auch gynäkologische Ausbildung bedacht sein muß."

Allingham operierte wegen doppelseitiger Ovarialcysten. Es fehlten Vereiterung und Stieldrehung, durch die das Fieber und die Schmerzen hätten erklärt werden können. Beim Abtasten der Bauchorgane fand er eine Gallenblase voller Eiter und Steine, durch deren glückliche Operation Heilung eintrat.

Schülein fand bei einer Patientin, die seit vier Jahren ein Stärkerwerden ihres Leibes bemerkte, einen Tumor, der etwa dem VIII.—IX. Monat der Gravidität entsprach. Der Tumor lag genau in der Mitte. Bei der Operation zeigte es sich, daß der Tumor keine Beziehungen zu den Ovarien hatte, sondern daß der untere Pol frei ins kleine Becken herabhing. Nach Erweiterung des Bauchschnittes nach oben wurde es sofort klar, daß es sich um einen Gallenblasentumor handelte.

H. W. Freund betont, daß Eierstocksgeschwülste ohne Ausnahme mit den Organen der Becken-Bauchhöhle Adhaesionen eingehen können, wenn das auch mit denen der oberen Abschnitte Magen, Leber, Gallenblase und Zwerchfell nur selten der Fall ist, und er erblickt in dem Vorkommen von Verwachsungen zwischen Abdominaltumoren und der Gallenblase ein wesentliches causales Moment für die Concrementbildung in der Gallenblase. Folgender Fall seiner Beobachtung, der die Komplikation einer Ovariotomie durch eine Cholecystectomie darstellt, sei hier mitgeteilt.

Im Oktober 1897 trat eine ledige 58jährige Patientin in desolatem Zustand in die Straßburger Hebammen-

schule ein, mit der Angabe, daß sie seit zwei Jahren an einem Stärkerwerden des Bauches leide. Diese Anschwellungen seien manchmal so stark, daß der Arzt bereits 20 mal punktiert habe, wobei sich jedesmal mehrere Liter dunkler Flüssigkeit entleert hätten. In jungen Jahren habe sie eine normale Geburt durchgemacht, die früher regelmäßige Periode sei seit zehn Jahren verschwunden. Schmerzen leide sie nur wenig in beiden Seiten des Leibes, sie sei aber am Ende ihrer Kräfte, kurzatmig und könne wegen angeschwollener Füße kaum stehen. Auf Grund der Untersuchung wird die Diagnose „Polykystoma ovarii" gestellt.

Bei der Ovariotomie stellt sich der Tumor tatsächlich als ein riesiges Polykystom heraus, das infolge der 20 Punktionen mit dem Peritoneum der Bauchwand, dem Darm, dem Netz und dem Uterus ausgedehntest verwachsen ist. Bei der Ablösung der Geschwulstkuppe erscheint in der Lebergegend ein länglicher, derber, ganz in Pseudomembranen eingehüllter Knollen, dessen Natur nicht klar wird. Er macht den Eindruck eines Carcinomknotens. Die Trennung der Geschwulst von ihm gelingt leicht. Die Trennungsfläche blutet jedoch ziemlich erheblich. Sie wird bis zur Abtragung des Kystoms komprimiert. Alsdann stellt sich der höckerige Tumor in der Lebergegend als die ausgedehnte, völlig mit Steinen gefüllte Gallenblase heraus. Ihre Länge beträgt wenigstens 10 cm, die Gestalt ist länglich, wurstförmig, der Inhalt anscheinend nur aus größeren und kleineren Konkrementen gebildet. Die peritionealen Pseudomembranen sind nach der untersten Leberfläche hin am stärksten entwickelt. — Wegen der anhaltenden Blutung der Wand, wegen der Gefahr der Usur bei Blutstillungsversuchen und wegen der Konkrementfüllung wird die Cholecystectomie vorgenommen. — Patientin geheilt entlassen, teilt nach drei Monaten brieflich bestes Wohlbefinden mit.

Straßmann berichtet über einen Fall, bei dem er im Anschluß an die Ovariotomie eine Gallensteinoperation vornahm:

Die Patientin war eine 42 jährige VIII-Para. Im letzten Wochenbett vor zwei Jahren Fieber. Vor einem Jahr

wurde neben dem Uterus ein Tumor gefühlt. Bei der Überweisung der Patentin fanden sich geringe Fiebertemperaturen. Man fühlte neben dem Uterus einen Ovarialtumor, der sich bei der Operation als teilweise vereitertes Kystom herausstellte. Schon bei der ersten Untersuchung hatte man einen zweiten Tumor gefühlt, der im Zusammenhang mit der Leber als eine veränderte Gallenblase angesprochen wurde. Nach Entfernung des Ovarialtumors wurde der Schnitt nach oben verlängert und aus der gefüllten Gallenblase ein muskatnußgroßer Cholesterinstein entfernt. — Glatte Heilung.

Gobiet befürwortet die größere Beachtung der Gallenblase durch den gynäkologischen Operateur, bemerkt aber, daß die Stimmen, die sich für eine prinzipielle Untersuchung der Gallenblase bei gynäkologischen Laparatomien ergeben, noch recht spärlich sind. Als Repräsentanten dieser Forderung führt er van de Weer und Landau an, der letztere hat, um ihr besser gerecht werden zu können, den vaginalen Operationsweg immermehr zu Gunsten des abdominellen verlassen.

Zur Illustrierung seiner Forderung nach systematischer Abtastung der Gallenblase bei gynäkologischen Laparotomien teilt Gobiet folgende 4 Fälle seiner Beobachtung mit:

Fall 1. 36jährige Frau wurde wegen entzündlicher Erkrankung des Uterus und der Adnexe wiederholt operiert. Anderwärts 1903 Currettement und Portioamputation, im hiesigen Krankenhause 1906 Laparotomie mit Ventrifixation, Entfernung der rechten Adnexe und der kotsteinhaltigen entzündeten Appendix. Nur geringe und rasch vorübergehende Besserung der Beschwerden, die vor allem in Kreuzschmerzen, Stuhlverstopfung, Appetitlosigkeit und Magendrücken bestehen. Die Magenbeschwerden wurden auf Erkrankung des Genitales bezogen, und als dieselben durch die mehrfachen operativen Eingriffe nicht gebessert wurden, faßte man sie als Symptome einer Hysteroneurasthenie auf. Erst die bei einer neuerlichen gynäkologischen Laparatomie vorgenommene Palpation der Gallenblase brachte Aufklärung über den Grund der jahrelangen Beschwerden

und die Entfernung der steinhaltigen Gallenblase führte zur Heilung.

Fall 2. 49jährige Frau. Patientin leidet seit einem Jahre an Kreuzschmerzen, Magen- und Bauchschmerzen, Fluor, Menorrhagien, großen Schwächezuständen. Temperatur 38,2. Objektiver Befund: Uterus retroflektiert, rechts von ihm kleinapfelgroßer, druckempfindlicher Tumor, Unterbauchgegend diffus druckempfindlich. In der Magen- und Gallenblasengegend nichts nachzuweisen. Bei der Operation zeigt sich der Tumor als aus den rechten Adnexen und aus dem Wurmfortsatz bestehend und wird exstirpiert. Bei der anschließenden Abtastung der unteren Lebergrenze findet sich eine große steinhaltige Gallenblase, Exstirpation. Glatte Heilung. Sistierung sämtlicher Beschwerden.

Fall 3. 31jährige Frau klagt über Kreuz- und Bauchschmerzen, Fluor, unregelmäßige Blutungen seit drei Monaten. Vor sechs Jahren Typhus. Status präsens: Temperatur 38,0, Unterbauchgegend und Magengegend schmerzhaft. Uterus groß, hart, retroflektiert. Beiderseitiger Adnextumor von Orangengröße. Abtastung der Gallenblase bei der Operation ergibt, daß sie in derbe Adhäsionen eingebettet ist. Cholecystectomie. Die Gallenblase enthält keine Steine, hingegen eitrige Galle, die Schleimhaut ist entzündet und weist zahlreiche Hämorrhagien auf. Mikroskopisch: Eiterzellen, kurze dicke Stäbchen. Glatte Heilung. Patientin vollkommen beschwerdefrei.

Fall 4. 25jährige Frau. Seit zwei Jahren, seit einem Partus, leidet die Frau an Kreuzschmerzen, diversen Magenbeschwerden, Stuhlverstopfung, Schmerzen in der rechten Lende, die in den rechten Fuß ausstrahlen. Status präsens: Hochgradige rechtsseitige Wanderniere. Beginnender Uterusprolaps mit bedeutender Cystocele. Rechte Adnexe vergrößert und schmerzhaft. In Äthernarkose Nephropexie. Hierauf vordere Colpotomie, Exstirpation der rechten Adnexe, Vaginofixation des Uterus, Scheidendammplastik. In der Rekonvaleszenz, 18 Tage post operationem kommt es bei sonst völlig glatter Heilung der Operationswunden zu einer Perforation der steinhaltigen Gallenblase, welche zuvor kein einziges Symptom einer Erkrankung geboten hatte. Cholecystectomie. Fieberhafter Verlauf. Heilung nach vier Wochen.

Gobiet sagt dann wörtlich: „Nach allen diesen Erfahrungen erscheint es mir geboten, bei gynäkologischen Laparotomien beiden Organen, dem Wurmfortsatz und der Gallenblase, vollste Aufmerksamkeit zu schenken. — Die Gallenblase ist prinzipiell abzutasten und bei pathologischem Befund ebenfalls zu exstirpieren."

John G. Clark beobachtete bei 86 Fällen von Cholelithiasis, 27 mal ein Zuzammentreffen mit Myom, 9 mal mit Prolaps, 6 mal mit Ovarialcysten, 4 mal mit Appendicitis und 1 mal mit Pyosalpinx.

Charles H. Mayo operierte bei einer Serie von 1244 abdominellen Myomoperationen 90 mal wegen gleichzeitiger Cholelithiasis an der Gallenblase.

Rißmann berichtet über einen Fall „aus jenen Grenzgebieten, bei denen man, wie etwa in der Urologie, zweifelhaft sein kann, ob sie eine Disziplin für sich bilden, oder dem Chirurgen oder dem Gynäkologen zugehören." Es handelt sich um einen Fall von Cholelithiasis während der Schwangerschaft mit einem Uterusstand in Nabelhöhe, der erfolgreich und unter Erhaltung der Schwangerschaft durch Spaltung des Duodenums und des Choledochus operiert wurde. Rißmann charakterisiert in seinen einleitenden Worten treffend die hier in Betracht kommende Frage und sagt:

„Die ideale Situation, daß in zweifelhaften und schwierigen Fällen der Gynäkologe mit dem Chirurgen und der Chirurg mit dem Gynäkologen gemeinsam operiert, wird sich sehr oft im Sinne Krömers nicht ermöglichen lassen. Man wird leichter allen Anforderungen der Praxis gerecht werden können, wenn man verlangt, daß ein guter Gynäkologe auch ein guter Abdominalchirurg sein muß."

B. Das Material der Freiburger Frauenklinik,

das die Beziehungen zwischen der Gallenblase und dem Genitale dartun soll, umfaßt 63 Fälle. Es zeichnet sich vor andern durch folgende Eigenschaften aus:

1. Es ist ein ausschließlich operatives, d. h. in jedem Falle ist eine Operation an dem Gallensystem vorgenommen und dadurch in vivo ein Einblick in die vorliegenden Verhältnisse getan.

2. Das gesamte bei der Operation gewonnene Material wurde vom path. Institut (Professor Aschoff) einer anatomischen Untersuchung unterzogen.

3. Es wurde versucht, das Dauer-Resultat der Operation durch Nachuntersuchungen zu kontrollieren.

Der Begriff der Beziehungen

von denen in Folgendem die Rede sein soll, bedarf an sich noch einer Festlegung. Ebenso wie Organsysteme tatsächlich vorhandene Beziehungen aufweisen, können sie auch durch unrichtig gedeutete Symptome, die sich an anderen Organen bieten und deshalb auf diese bezogen werden, fälschlicherweise in Beziehung gesetzt werden. Es gibt also gewissermaßen objektive und subjektive Beziehungen. Es können aber auch die anscheinend subjektiven zu objektiven werden, wenn sich bei näherer Betrachtung herausstellt, daß ein Symptom, das anscheinend keine ursächliche Beziehung zu einer Erkrankung eines andern Organsystems hatte, tatsächlich zum Symptomenkomplex dieses gehört, aber erst durch die speziell darauf gerichtete Aufmerksamkeit in einen kausalen Zusammenhang gebracht werden muß.

Anzahl der Fälle.

Die Zahl der hier operierten Fälle beträgt, wie oben bereits gesagt, 63. Von diesen boten 19 Be-

ziehungen subjektiver bezw. objektiver Art. Bei einer ganzen Reihe sind nun dadurch, daß die Erscheinungen von der Gallenblase her auf Erkrankungen verschiedenster Art zurückgeführt wurden, eine ganze Zahl von diagnostischen Irrtümern vorgekommen, bis endlich die Gallenblasenerkrankung als Grund sämtlicher Beschwerden erkannt wurde und die Operation Heilung brachte. Diesen stehen wieder Fälle gegenüber, bei denen zweifellos die Diagnose „Gallenblasenleiden" falsch und daher die Operation ohne Erfolg war. Zwischen diesen beiden Extremen wiederum sind Fälle beobachtet, bei denen es zweifelhaft ist, ob die Gallenblasenoperation von Einfluß auf die Beschwerden war.

Einordnung der Fälle.

Die Fälle von Gallenblasenleiden sind geordnet nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Beziehungen zur Menstruation.
2. Beziehungen zu Unterleibsbeschwerden.
3. Beziehungen zu Erkrankungen des Uterus.
4. Beziehungen zu Adnexerkrankungen.
5. Beziehungen zu Appendicitis.

Da die meisten Fälle zu verschiedenen dieser Gesichtspunkte in Beziehung stehen, sind diese jeweils über dem Fall angegeben, um die Übersicht zu erleichtern. Es wurden auch hier eine Reihe von Komplikationen zwischen Schwangerschaft und Gallenblasenleiden beobachtet; diese Fälle sind in vorliegender Arbeit nicht berücksichtigt, da sie einer späteren zu Grunde gelegt werden sollen.

1. Beziehungen zwischen Gallenblasenleiden und Menstruation.

Bei der großen Zahl von Beobachtungen, die über Wirkungen der Menstruation auf die Gallenblasener-

krankungen speziell auch Gallensteinleiden schon gemacht sind, ist es wohl zweifellos, daß wir es hier mit tatsächlich vorhandenen Beziehungen zwischen Beiden zu tun haben. Welcher Ursache diese Beziehungen sind, ist bis heute nicht überzeugend dargetan.

Auch die Fälle unseres Materials dürften Stützen für die Richtigkeit dieser Beobachtung sein. In allen Fällen ist das Stärkerwerden, bezw. das Auftreten der Schmerzanfälle bei Gallensteinen so präzise angegeben, daß kein Zweifel an dem Zusammenhang der menstruellen Ereignisse mit der Cholelithiasis ist. Eine besondere Stellung nimmt der Fall 2 ein, insofern, als hier die Beschwerden in die Klimax hinüberspielen und damit eine Pause von 8 Jahren zwischen den letzten Anfällen eintritt. Es ist wohl der Schluß berechtigt, daß diese Pause mit dem Ausfall der menstruellen Reize im ursächlichen Zusammenhang steht. Bei diesem Falle möchte ich besonders auf die Folgen der Fehldiagnose hinweisen, durch welche die Patientin erst nach 28 Jahren von ihrem Leiden befreit werden konnte und durch die verschiedenen Kuren auch nicht unerheblich materiell geschädigt wurde.

Fall I. (J.-N. 1034. 1911).

Krankengeschichte:

Wanda P., 35jährige Majorsfrau aus F. sucht am 20. XI. 11 wegen folgender Beschwerden die hiesige Klinik auf: Seit 11 Jahren Koliken und Stechen im Rücken und in der Blinddarmgegend. Die Anfälle kamen häufig wochenlang um eine ganz bestimmte Stunde. Während der Periode sind die Schmerzen in derselben Gegend bedeutend heftiger.

Auf Grund des erhobenen Befundes wird die Diagnose „Cholelithiasis" gestellt und bei der folgenden Operation werden eine Menge Steine gefunden. Patientin völlig beschwerdefrei entlassen.

Pathолog.-anatom. Diagnose: Gallenblase stark erweitert, Faltenzeichnung vielfach verwischt und durch Narbenzeichnung ersetzt. In der Gallenblase 11 kleinerbsengroße,

höckrige Cholesterinpigmentkalksteine. Auf dem Durchschnitt zeigen sie einen rosettenartigen mehr strahligen Aufbau.

Mikroskopisch: zeigt sich das Bild einer schwieligen Cholecystitis mit fast vollständigem Verlust der Schleimhaut, soweit nicht cadaveröse Veränderungen das Bild unentwirrbar machen.

Nachuntersuchung: Dezember 1912. Seit der Operation nie mehr Anfälle, nie Ikterus, jedoch häufige Durchfälle.

Fall 2.

1. Menstruation
2. Unterleibsbeschwerden (Schmerzen über den ganzen Leib und Rücken).
3. Endometritis.

Krankengeschichte:

Josefine K., 57jährige Arztwitwe aus F., vom Arzt eingewiesen am 2. V. 1912.

Anamnese: Vater an Lungenentzündung, Mutter an unbekannter Ursache, eine Schwester an Nephritis, eine an Typhus gestorben. Patientin seit 25 Jahren verwitwet, war 4 Jahre verheiratet, machte eine normale Entbindung durch, Kind lebt und ist gesund. 1. Menses mit 14 Jahren, vom 44. Lebensjahre an unregelmässig, seit 6 Jahren ausgeblieben. Als Kind Masern und Keuchhusten, später Gelenksentzündung.

Jetzige Erkrankung: Mit 29 Jahren eine Geburt, 12 bis 14 Tage nach dieser schwere Kolik ohne Gelbsucht, Schmerzen über den ganzen Leib und im Rücken, schweres Erbrechen. Der Arzt nahm an, die Beschwerden kämen von den Unterleibsorganen her und ätzte, davon Entzündung. Patientin mußte 4 Wochen das Bett hüten. 2. Kolik: 1¾ Jahre später war noch stärker und dauerte 2 Tage. Urin wie Blut, Stuhl ganz weiß, keine Gelbsucht. 3. Kolik: ½ Jahr darauf, hielt fast 8 Tage an. Es werden Morphium und heiße Umschläge verordnet. Da die Anfälle immer zur Zeit der Menstruation auftraten, und die Patientin in der Zwischenzeit wieder kerngesund und ohne Fieber war, dachte man an gynäkologische Erkrankung, daher Konsulation bei einem Gynäkologen der erklärte, es sei nichts im Unterleib. Dann zu einem internen Kliniker, der sagte, „Sie haben ebensowenig Gallensteine wie ich“. Da keine Gelb-

sucht, keine Verstopfung vorlag, stellte er die Diagnose „allgemeine Schwäche“. Auf seinen Rat suchte Patientin das Solbad Jagstfeld auf. Hier nach 4 Wochen wieder zur Zeit der Menstruation 4. Kolik. Der Landarzt diagnostizierte Gallensteine und wies sie im Stuhle nach. Jetzt (1888) nach Karlsbad. Nach 11 Tagen hier sehr schwerer 5. Anfall, dann wieder Wohlbefinden. Der Karlsbader Arzt erklärte, die Beschwerden hingen mit der Menstruation zusammen und würden sich in der Klimax von selbst verlieren. Jetzt kam eine Pause von 2 Jahren. Im Jahre 1890 6. Anfall, ebenfalls zur Zeit der Menstruation. Patientin ging wieder nach Karlsbad, wo ihr wegen Coincidenz mit der Menstruation Moorbäder verordnet wurden, von denen sie 18 nahm. Jetzt wieder 3 Jahre Pause, dann wegen der gleichen Beschwerden wieder nach Karlsbad. Im Ganzen war Patientin siebenmal dort. Vor 8 Jahren in der Klimax der letzte Anfall, der besonders stark war und 11 Tage dauerte. Der Patientin wird von einer Operation wegen schwerer Verwachsungen, und die Beschwerden wegen der Klimax angeblich nicht wiederkommen sollten, abgeraten. Dann nach 8 Jahren, 1912 letzter Anfall mit Fieber und Erbrechen, Magenkrampf und Schüttelfrost, Aufnahme in die Klinik. Patientin gibt an, sie habe in letzter Zeit guten Appetit gehabt, vorzüglich geschlafen, überhaupt keine Beschwerden außer hie und da Kreuzschmerzen gehabt.

Status präsens: Energische, intelligente Frau. Organbefund nicht erhoben. Im Urin kein Gallenfarbstoff, Empyem der Gallenblase nicht sicher zu fühlen. Temperatur 39°. Es wird akute Cholecystitis angenommen und abgewartet. Zunächst werden Fangopackungen verordnet. Da noch zweimal krampfartige Schmerzen mit Erbrechen und Empfindlichkeit in der Magengegend auftreten, wird vorübergehend an die Möglichkeit eines Ulcus ventriculi gedacht. Im Stuhl kein Blut mit G.-Terpentin nachzuweisen. Operation (Cholecystektomie, Professor K.), die Gallenblase findet sich stark verwachsen. An der kleinen Curvatur kein Geschwür, keine Narben, Pylorus für einen Finger eben durchgängig. An der Vorderwand etwa 2 Finger breit vom Pylorus linsengroße weißliche Narbe. Lösung der Verwachsungen teils stumpf, teils scharf. Im Cysticus ein Stein. Cysticus stark erweitert, in der Gallenblase 8 facettierte Steine, keine Spur von Galle, Choledochus stark erweitert. Glatte Heilung.

Nur leichte Sekretion in der Mitte der Operationswunde. Völlig beschwerdefrei entlassen.

Patholog.-anatom. Diagnose: In der Gallenblase acht kleinerbsengroße, auf dem Durchschnitt in ganz gleicher Weise geschichtete Cholesterinpigmentkalksteine. Gallenblase größter Umfang 4 cm. Wandstärke 1½ bis 3 mm. Faltenzeichnung fehlt so gut wie ganz, sie ist durch eine bald fein- bald grobwarzige Bildung ersetzt.

Mikroskopisch: ausgesprochene Hypertrophie der Muskulatur. Schleimhautfalten in niedrige warzige Gebilde umgewandelt, die von drüsenähnlichen Wucherungen zum Teil mit cystischer Entartung durchsetzt sind. Die verdickte Mucosa, auf das dichteste von Lymphocyten, z. T. auch von Leukocyten durchsetzt. Auch in der Muskulatur der äußeren Wandschichten perivaskuläre Zellinfiltrate.

Diagnose: Noch nicht völlig ausgeheilte, anscheinend vor kurzem rezidivierende, phlegmonöse und oberflächlich ulceröse Cholecystitis.

Nachuntersuchung: Nach 6 Monaten, Dezember 1912, völlig beschwerdefrei.

Fall 3 (J.-N. 519. Juni 1911).

Menstruation.

Krankengeschichte:

Thea R., 24jähr. Frau von N., wird am 13. VI. 11 mit folgenden Beschwerden aufgenommen: Patientin hatte 3 mal Rippenfellentzündung, zum letzten Mal im März 1911. Niemals Magen- oder Darmbeschwerden. Stuhlgang immer in Ordnung. Nie Schmerzen nach dem Essen. Kurz vor Weihnachten 1910 hatte sie den ersten Anfall von Schmerzen in der Lebergegend. Es wurde Karlsbader Salz und Ölkuren ohne Erfolg verordnet. Die Anfälle haben sich in letzter Zeit immer heftiger wiederholt, kamen alle 4 Wochen während der Periode, dauerten ½ Stunde etwa bei großen Morphiumdosen. Dann 8 Tage vor und 8 Tage nach der Periode täglich 1 Anfall.

Durch die auf Grund des erhobenen Befundes vorgenommene Operation (Cholecystectomie, Prof. Krönig) wird die Diagnose Gallensteine gesichert. Es finden sich mehrere Steine. Heilung per primam. Patientin bei gutem Wohlbefinden entlassen.

Patholog.-anatom. Diagnose: Gallenblase leicht vergrößert, ihre Wandungen leicht verdickt. Sehr deutlich ist

eine feinflockige gelbe Zeichnung der Schleimhaut als Beweis für stattgehabte Retention der Galle. In der Gallenblase sechs kleine maulbeerförmig gestaltete, erbsengroße Steine von hellgelblicher Farbe. Auf dem Durchschnitt zeigen die Steine einen ziemlich radiären Aufbau, aber doch keinen Cholesterinsteinaufbau.

Mikroskopisch: An der Gallenblase deutliche Hypertrophie der Muskulatur. Schleimhaut zeigt leichte Verdickung der Falten. Tunica fibrosa externa unverändert, als sicheres Zeichen, daß keine schwereren Entzündungen an der Gallenblasenwand sich abgespielt haben. Das Fehlen von Luschka'schen Gängen spricht eigentlich gegen eine besonders starke Druckerhöhung im Innern, sodaß völlige Sperrung des Cysticus unwahrscheinlich, wenn auch nicht auszuschließen ist.

Nachuntersuchung: Dezember 1912. Patientin hat seit der Operation wieder schwere Anfälle, jedoch nicht wie früher typische Gallensteinkoliken gehabt, nie Ikterus. Der behandelnde Arzt erklärt den Zustand für Hysterie.

Fall 4 (J.-N. 643. Juli 1910).
Menstruation

Krankengeschichte.

Elise H., 32jähr. Frau von F., gibt bei der Aufnahme am 25. VII. 1910 an: Im November 1909 zum ersten Male stechende Schmerzen in der rechten Seite unter dem Rippenbogen. Seitdem Schmerzen alle 4 Wochen an der gleichen Stelle, meist kurz vor oder nach der Periode. Bei der auf Grund des erhobenen Befundes vorgenommenen Operation (Cholecystektomie, Prof. Krönig), werden eine Menge Steine in der Gallenblase gefunden. Patientin geheilt entlassen.

Patholog.-anatom. Diagnose: Gallenblase von normaler Größe, Wandungen etwas verdickt, die Faltenzeichnung normal. Starke postoperative Maceration des Epithels. Der Inhalt wird gebildet von einer größeren Zahl zum Teil zertrümmerter, daher nicht mehr feststellbarer facettierter Cholesterinpigmentkalksteine von Hirsekorn- bis Kleinkirschgröße.

Mikroskopisch zeigen sich freilich stärkere Veränderungen in Gestalt von Faltenverwachsungen, epitheliale drüsenartige Wucherungen mit lebhafter Schleimproduktion, Rundzellenhaufen in der Mucosa, Hypertrophie der Schleim-

haut. Im Ganzen sind die Veränderungen im Verhältnis zur Zahl und Größe der Steine sehr gering.

Nachuntersuchung: Dezember 1912. Bald nach der Operation (6 Wochen) sind wieder Schmerzen im Leib aufgetreten, die aber im Gegensatz zu früher, wo sie in der Leber-Gallengegend lokalisiert waren, jetzt in der linken Seite auftraten. Die Schmerzanfälle sind nicht so heftig wie früher bei den Gallensteinkoliken, treten jedoch wie diese sehr häufig im Anschluß an die Menses auf. Der Arzt diagnostiziert Ulcus ventriculi und schlägt Röntgendurchleuchtung vor, der sich die Patientin nicht unterzieht.

Fall 5 (J.-N. 995. 1909).
Menstruation.

Krankengeschichte.

Edmunda H., 44jähr. Steinbrechersfrau von H. Vom Arzt eingewiesen am 13. XII. 09. Patientin gibt folgende Beschwerden an: Seit März des Jahres traten im Unterleib stärkere Schmerzen auf, die 14 Tage anhielten. In der Zwischenzeit waren sie seltener, traten aber stets plötzlich auf. Am 9. XII. 09 plötzlich nachts sehr heftiger Schmerzanfall, 1 Tag vor der Menstruation. Vom Arzt darauf hierhergesandt.

Die Untersuchung bestätigt den Verdacht auf Cholelithiasis. Bei der vorgenommenen Operation (Cholecystektomie Prof. Krönig), werden eine Anzahl Steine gefunden. Heilung per primam. Patientin gebessert entlassen.

Patholog.-anatom. Diagnose: Das Steinmaterial besteht aus einer großen Zahl vielkantiger weißlicher kaum erbsengroßer Steine, die auf dem Durchschnitt ein dunkles weiches Zentrum und eine harte Kalkschale haben. Dem Aussehen nach entstammen sämtliche Steine einer Generation.

Am 5. VII. 11 kommt Patientin wieder zur Aufnahme und zwar wird sie vom Arzt geschickt, nachdem dieser sie wegen Schmerzen im Unterleib erfolglos mit Wickeln und Medizin behandelt hat. Patientin hatte 2 Tage vor der Aufnahme Schmerzen in der Magengegend mit heftigem Erbrechen und geringem Ikterus. Auf Grund des erhobenen Befundes wird die Diagnose Metropathia uteri gestellt und nach erfolglosen anderweitigen therapeutischen Bemühungen wird die Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexe vorgenommen. (Dr. Schl.)

Patholog.-anatom. Diagnose: Uterusschleimhaut zeigt prämenstruelle Schwellung. Der Uterus weist keine pathologischen Veränderungen auf.

Nachuntersuchung: Frühjahr 1912. Patientin hatte seit der letzten Operation wiederholt Schmerzanfälle, deren Zahl sie nicht anzugeben vermag. Einmal mußte sie den Arzt zu Rate ziehen, der eine Medizin gab. Urin war erst ganz rot, dann schwarz. Gallensteine nie beobachtet. Ikterus war vor der ersten Operation häufig, ist nachher nie mehr aufgetreten. Patientin leidet an drückenden Magenschmerzen und muß in der Wahl der Speisen und in der Menge sehr vorsichtig sein, da die Schmerzen sehr häufig nach dem Essen auftreten. Bei raschem Gehen Schmerzen in der Narbe, ebenso bei Anstrengungen. Patientin kann nur auf der Operationsseite schlafen.

Im Dezember 1912 teilt Patientin brieflich mit, daß sie beständig an Schmerzen leidet. Der Stuhlgang ist nur zeitweilig gut, meist jedoch angehalten. Helle oder weiße Stühle und Ikterus wurden nie beobachtet. Der ganze Zustand hat sich in letzter Zeit etwas gebessert.

Fall 6 (J.-N. 683. 1909.

1. Menstruation
2. Adnextumor
3. Appendicitis.

Bei diesem Falle bestehen zwei Möglichkeiten: 1. daß ein Magenleiden und ein Gallensteinleiden nebeneinander vorhanden waren, und daß zufällig nach der Operation das Magenleiden auch verschwand. Wahrscheinlicher ist die andere Möglichkeit, daß in Wirklichkeit nur ein Leiden, nämlich ein Gallenblasenleiden vorlag, das entweder ein Magenleiden unterhielt oder Schmerzen auslöste, die auf den Magen bezogen wurden. Für diese letzte Annahme spricht das Aufhören der Magenbeschwerden nach der erfolgten Gallenblasenexstirpation. Natürlich würde der Beweis eindeutiger erbracht sein, wenn während der Operation der Magen abgetastet und unverändert gefunden wäre.

Krankengeschichte:

Marie W., 37 jähr. Werkmeistersfrau aus F. Anamnese: Mutter am Schlag, ein Kind an Skrofulose gestorben, Vater gesund, keine Geschwister. Seit 17 Jahren verheiratet machte sie eine Geburt durch, die an sich normal war, es stellten

sich jedoch am Tage der Entbindung dreimal Krämpfe ein. Erste Menses mit 13 ½ Jahren, regelmäßig alle 3 Wochen, 2 Tage Dauer mit Schmerzen im Leib, besonders rechts in der Blinddarmgegend und im Kreuz. Während der Menses starke Magenbeschwerden. — Vor etwa 17 Jahren hatte Patientin Blinddarmentzündung, die ohne Operation ausheilte. Seitdem bestanden von Zeit zu Zeit starke Schmerzen in der Blinddarmgegend. Seit April vorigen Jahres traten Schmerzen in der Magengegend auf und häufiges Erbrechen. Sie wurde nun anfangs auf Gallensteine, später von einem andern Arzt wegen Magengeschwür behandelt. Die Beschwerden nahmen im Frühjahr dieses Jahres an Stärke ab, traten aber vor etwa zehn Tagen plötzlich wieder mit großer Heftigkeit auf. Appetit ist schecht, Stuhl manchmal etwas angehalten und schmerzhaft, Ikterus fraglich. Kopfschmerzen und Schwindel. Wegen dieser Beschwerden sucht sie am 23. VIII. 09 die Klinik auf.

Status präsens: Blasse und ziemlich elend aussehende Frau, grazialer Knochenbau, schlechte Muskulatur, geringer Fettansatz, Schleimhäute blaß. Sensibilität normal, keine Ödeme. Hämoglobingehalt des Blutes 40 %, Leukocyten 9600. — Lungen und Herz o. B. Pulszahl 78. — Leib symmetrisch, flach, alte Striae. Leber und Milz nicht palpabel, ihre Grenzen perkutorisch normal. Druckempfindlichkeit in der Gegend des Magens und Mac Burney'schen Punktes. — Bei der Aufnahme ist der Leib stark gespannt, sehr schmerzhaft, so daß Einzelheiten nicht palpabel sind. Besonders heftige Schmerzen in der ganzen rechten Bauchseite und über dem Magen. — Geschlechtsteile: Mammae gering. — Harnorgane o. B. — Temperatur 37,4. Patientin wird zur Beobachtung auf die Station verlegt und erhält Eisblase auf den Leib. — 30. VIII. Befund: Uterus anteflektiert, hühnereigroß, beweglich. Linke Adnexe frei. Rechts in der Höhe der Linea innominata ein gänseeigroßer Tumor, der von der Coecalgegend herabreicht und auf die Adnexe übergeht, die aus ihm nicht zu isolieren sind. In den beiden letzten Tagen intensive Schmerzen über den ganzen Leib, besonders rechts vom Rippenbogen bis zur Crista ossis ilei. Seit drei Tagen nach dem Essen kolikartige Schmerzen. Druckschmerz direkt unter dem Prozessus xyphoideus und in der Ileocöcalgegend. Diagnose: Appendicitis suppurativa mit Abszessbildung. Therapie: täglich Fango. — 8. IX.

Oberhalb der Beckenschaufel der jetzt bedeutend kleinere Tumor zu fühlen. — Nachdem die Temperaturen auf Fango und heiße Wickel zur Norm abgefallen sind, und der Tumor sich mehr und mehr verkleinert hat, stellt sich sein Zusammenhang mit der Gallenblase heraus. Es wird daher am 1. X. die Cholecystektomie (Prof. Krönig) ausgeführt. Hierbei zeigt sich die Gallenblase vor allem mit dem Netz verwachsen, ein Umstand, der die Loslösung sehr erschwert. Der Gallenblasenfundus reißt ab und stellt eine mit einer gelben breiigen Masse gefüllte Kugel dar. Der Rest enthält mehrere Steine und ist stark atrophisch. — Am 23. X. wird Patientin nach glattem Heilungsverlauf und bei gutem Wohlbefinden entlassen.

Patholog.-anatom. Diagnose: Schwere, in Vernarbung begriffene ulceröse Cholecystitis.

Nachuntersuchung: Frühjahr 1912. Nie mehr Anfälle, auf Druck geringer Narbenschmerz.

Es wurden also die Beschwerden bei Gallensteinleiden in 6 von 63 Fällen von der Periode beeinflußt.

Die Beschwerden traten auf:

vor der Periode	1 mal
während der Periode	4 mal
vor und nach der Periode	1 mal.

II. Beziehungen zwischen Gallenblasenleiden und Unterleibsbeschwerden.

Unter diesem Gesichtspunkte ist eine Entscheidung darüber, ob Gallensteinleiden in der Tat im Stande sind, allgemeine Unterleibsbeschwerden auszulösen, wie sie so unendlich oft bei gynäkologischen Leiden angegeben werden, schon viel schwieriger möglich als z. B. die Feststellung von Beziehungen zwischen Menstruation und Gallenblasenleiden.

Immerhin erscheint es mir gerechtfertigt, wenn ich in den Fällen, wo nach der Gallenblasenoperation die Beschwerden völlig verschwanden oder doch ganz er-

heblich geringer waren, annehme, daß dieses ein Erfolg des operativen Eingriffes darstellt, die erkrankte Gallenblase also Ursache der Beschwerden war.

Auf einen Einwand, den man fast jeder Operation, deren Zweck die Beseitigung von Beschwerden ist, machen kann, möchte ich aber von vornherein hinweisen, nämlich den, daß die Operation an sich bei nervösen Individuen rein suggestiv die Beschwerden dauernd oder vorübergehend beseitigt hätte. Es ist natürlich unmöglich, ihn völlig zu entkräften; er wäre berechtigt, wenn unter den Fällen, wo die Operation subjektiv Heilung oder Besserung brachte, solche wären, wo sich bei der Operation weder Steine noch sonst krankhafte Veränderungen an der Gallenblase fanden, er ist weniger berechtigt, wenn anatomisch festgestellte Veränderungen an der Gallenblase vorlagen.

A) Fälle, die die Beziehung des Gallenblasenleidens zu den Unterleibsbeschwerden dartun, da die Operation sicher Heilung oder Besserung brachte, und ein einwandsfreier anatomischer Befund vorlag.

1. Siehe oben Fall 2 — Unterleibsbeschwerden — (Schmerzen über den ganzen Leib und im Rücken).

Resultat der Operation: Völliger Schwund der Beschwerden.

2. Fall 7 (J.-N. 55. 1907).

Unterleibsbeschwerden (äußerst heftige Schmerzen im Unterleib).

Resultat der Operation: erhebliche Besserung der Beschwerden, nach Abgang eines Steines fast völliger Schwund der Beschwerden.

Krankengeschichte.

Luise M., 44jährige Porzellanmalersfrau aus F. Aufgenommen 24. I. 07.

Anamnese ergibt: Vater 71jährig an Nierentzündung, Mutter 48jährig an Wassersucht gestorben, 4 Brüder gesund, 1 gestorben an unbekannter Ursache. Patientin als Kind

stets gesund. Seit 35 Jahren verheiratet, machte sie 7 Geburten und 2 Fehlgeburten durch, Wochenbett stets o. B., 5 Kinder leben, 2 starben in früher Jugend. Die Menstruation besteht nicht mehr, begann mit dem 16. Jahre, stets regelmäßig, ziemlich viel Blutverlust, wenig Schmerzen; letzte vor 2 Jahren. Vor 2 Jahren Operation in Göttingen: „ein Polyp wurde durch die Scheide abgetragen". Nach 14 Tagen geheilt entlassen, alsdann stets gesund. — Jetzige Beschwerden: Vor 5 Tagen traten nach starker körperlicher Anstrengung allmählich äußerst heftig werdende Schmerzen auf, die hauptsächlich im Unterleib sitzen und Patientin zwingen, alsbald das Bett dauernd zu hüten. Starke Kopfschmerzen und Schwächegefühl. Vor 2 Tagen geringe Besserung. Patientin bemerkte nie im Stuhlgang Blut oder blutige Streifen. Vor diesen Schmerzatacken hatte sie niemals Schmerzen im Leib.

Status präsens: Mittelgroße, robuste, gesund aussehende Frau. Guter Ernährungszustand, reichliches Fettpolster. Haut- und Schleimhäute blaß, 8000 Leukocyten. Sensibilität normal, Bauchdeckenreflexe nicht auszulösen. Keine Ödeme. — Lunge o. B. — Herz: Spitzenstoß 1 ½ cm medial von der Mammillarlinie, sonst o. B. — Leib: hoch und symmetrisch aufgetrieben. Nabel eingezogen, minimale Bruchpforte. Bauchdecken außerordentlich fettreich. Rechts vom Nabel dicht unter den Bauchdecken ein fast kindskopfgroßer, sehr empfindlicher Tumor von fraglicher Provenienz. Über dem Tumor keine ausgesprochene Dämpfung, leichte Beimischung von Tympanie. Leber: Grenzen nicht perkutierbar. Milz nicht vergrößert — Genitalien: Mammae o. B. — Vulva o. B. Vagina: Schleimhaut hellrosa, Kanal weit, weisslich gelbliches Sekret. Leichter Descensus der hinteren Vaginalwand. Im hinteren Scheidengewölbe eine mediane zarte Colpotomienarbe. Uterus: Portio o. B. innerhalb der Linea interspinalis. Corpus retrovertiert, nicht vergrößert, beweglich, von derber Konsistenz. An der Hinterwand links ein erbsengroßes flaches Knötchen Tuben nicht getastet. Ovarien: im Douglas das rechte walnußgroße Ovarium, das linke nicht getastet. — Blase und Urin o. B. — Temperatur 38,1 axillar. — Diagnose: Carcinoma flexurae coli dextri. Differentialdiagnose: Hydrops, Empyem der Gallenblase. Therapie: Nachdem die Temperatur auf 36,8 zurückgegangen ist, Operation (Professor Krönig). Schnitt

auf den Tumor in der Mammillarlinie vom Rippenbogen abwärts. Tumor prall, Gänseei-groß, mit dem Netz verwachsen, stellt sich als der Gallenblase angehörig heraus. Im Cysticus finden sich mehrere Steine. Spaltung des Empyems. Drainage. Am 7. Tage post operationem Entfernung des Drains und völliges Zusammenziehen der Wunde. Schnitt verheilt bis auf eine erbsengroße eitrig sezernierende Stelle im unteren Drittel per primam. Ende eines dünnen Seidenfadens sichtbar. — Am 6. III. beim besten Wohlbefinden entlassen. Ambulant weiterbehandelt.

Nachuntersuchung: Im Dezember 1912 teilt Patientin brieflich mit, daß sie seit der Operation noch ab und zu Schmerzen in der Lebergegend hatte, die jedoch den früheren an Instenität weit nachstanden und daß nie mehr Ikterus auftrat. Nachdem noch 1 Stein abgegangen ist, haben sich auch diese Schmerzen noch erheblich gebessert, ebenso hat sich seitdem die bis dahin stark darniederliegende Verdauung nach und nach sehr gebessert.

3. Fall 8 (J.-N. 446. 1909).

1. Unterleibsbeschwerden (Schmerzen, die vom Kreuz zur Leistengegend ziehen)
2. Endometritis decidualis
3. Appendicitis.

Resultat der Operation: 3 Jahre Sistieren der früheren Beschwerden.

Krankengeschichte:

Margarethe K., 27jähr. Maurersfrau aus F. Vom Arzt eingewiesen am 2. VI. 09.

Anamnese: Vater mit 53 Jahren an Tbc. pulmonum gestorben. Mutter und zwei Geschwister leben und sind gesund. Als Kind Masern, zweimal Lungenentzündung, Influenza, Bleichsucht, seit mehreren Jahren unterleibsleidend. Seit 3 Jahren verheiratet, machte Patientin 2 Spontangeburten durch mit sehr starkem Blutverlust; beide Kinder leben und sind gesund. Erste Menses mit 15 Jahren, alle 4 Wochen, 3—4 Tage dauernd, mäßiger Blutverlust und krampfartige Schmerzen im Unterleib. Seit der ersten Entbindung Menses alle 2—3 Wochen von 8—10 Tagen Dauer, sehr starker Blutverlust und Schmerzen wie früher. Während der Menses Übelkeit, Schwindel, Wallungen, Herzklopfen, allgemeine Abgeschlagenheit, Schwäche, Schlaflosigkeit, Kreuz- und

Leibschmerzen, Druckgefühl im Becken. Vor 3 Jahren hatte Patientin während der ersten Schwangerschaft im 3. Monat kolikartige Schmerzen im ganzen Leib mit hohem Fieber, ohne Erbrechen, schwere Verstopfung und war 4—5 Wochen bettlägerig. Seither immer Schmerzen im ganzen Leib, besonders in der Blinddarmgegend, nie Ikterus. Seit dem letzten Wochenbett im Februar beständig heftige Schmerzen in der Ileocoecalgegend, ab und zu mit Fieber. Kein Erbrechen, beständige Verstopfung. Ständige Blutung aus den Genitalien, die 2—3 Tage sistieren, um dann wieder aufzutreten. Dabei starke krampfartige Schmerzen, die vom Kreuz zur Leistengegend ziehen. Längere ärztliche Behandlung draußen; wegen Verschlimmerung in die Klinik eingeliefert.

Status präsens: Kleine blasse, schlecht genährte, schwächliche Frau, schwächlicher Knochenbau, schlechte Muskulatur, geringer Fettansatz, Schleimhäute blaß. Keine Ödeme. Sensibilität o. B. — Lungen links hinten oben abgeschwächter Schall, verschärftes Atmen, sonst o. B. — Herz o. B., Puls regelmäßig, kräftig, gut gefüllt. — Leib flach symmetrisch. Leber und Milz nicht palpabel. Leber- und Milzdämpfung o. B. Die Gegend von der unteren Lebergrenze bis zur Leiste ist druckempfindlich, doch auch besonders in der Gegend des Mac Burney'schen Punktes Muskelspannung. Tumor nicht vorhanden. — Geschlechtsteile: Mammae o. B. Vulva: Introitus leicht klaffend, kleine Schmallippen etwas ausgezogen, Damm erhalten. Vagina: bequem für einen Finger durchgängig, Schleimhaut normal rot, keine Auflockerung, blutig-schleimiges Sekret. Uterus: Portio kurz, zapfenförmig in der Linea interspinalis. Orificium quergespalten, Corpus retrovertiert, etwas vergrößert, 8 cm lang, gut beweglich, weiche Konsistenz. Ovarien nicht deutlich zu tasten. Tuben schlank. Parametrium frei. In der Gegend der linken Adnexe leichte Resistenz, die sehr schmerzhaft ist. Harnorgane: Urin klar, o. B. Temperatur 36,6.

Diagnose: Endometritis decidualis, Appendicitis chronica.

Therapie: Im Sinne der Diagnose Auskratzung nach Laminaria. Da keine Besserung am 6. und 9. Tag Ätzung. Da die Beschwerden trotz aller Therapie nicht schwinden, wird wegen Appendicitis vielleicht auch Cholecystitis, eine Operation in Erwägung gezogen. 17. VI. Operation (Prof. Krönig). Appendix makroskopisch o. B. In der nichtver-

wachsenen Gallenblase keine Steine, dagegen ein Stein im Cysticus. Appendektomie und Cholecystektomie.

Klinischer Verlauf: Am 2. Tage aufgestanden. Außer einer Temperatursteigerung am 3. Tage zunächst nichts Besonderes, dann klagt Patientin am 12. Tage post operationem über Schmerzen in der Ileocoecalgegend, doch ist der Leib weich und kein Tumor fühlbar. Im übrigen befindet sich Patientin wohler als vor der Operation. Am 16. Tage post operationem mit folgendem Befund entlassen:

Keine Druckempfindlichkeit, Wunde ideal verheilt, Urin o. B., kein Gallenfarbstoff.

Patholog.-anatom. Diagnose: Mikroskopisch ist der Wurmfortsatz so gut wie normal. Doch findet sich an der einen Seite, und zwar dem Mesenteriolumansatz entsprechend, eine starke Verdickung des intermuskulären Bindegewebes, ohne daß man jedoch daraus eine Diagnose auf abgelaufene Appendicitis mit Sicherheit stellen könnte.

An der Gallenblase lassen sich nach dem mikroskopischen Bilde gar keine besonderen Veränderungen feststellen. Die Gallenblasenwand ist etwas gedehnt, die Muskulatur kräftig entwickelt, von entzündlichen Veränderungen so gut wie nichts zu bemerken. Auch makroskopisch erschien die Gallenblase unverändert. Bei der frischen Untersuchung fanden sich vereinzelte Epithelien in der Galle und zahlreiche kleine mattglänzende Tröpfchen, die entweder als Schleim oder beginnende Myelinausscheidung betrachtet werden müssen. Besonders interessant ist der Steinbefund. Es handelt sich um einen typischen kristallinischen Cholesterinstein, wie er gewöhnlich nur in solchen Blasen gefunden wird, welche keine bakterielle Infektion nennenswerter Art durchgemacht haben, sondern wo entweder einfache Stauung oder eine besondere Cholesterindiathese wie z. B. in der Schwangerschaft bestand. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Patientin an Stelle des jetzigen nichtentzündliches Gallensteinleiden ein schweres entzündliches bekommen hätte.

Nachuntersuchung: Bis Dezember 1912 völlig ohne Beschwerden in der Gallenblasengegend, nur viel Magenbeschwerden, häufiges Erbrechen mit blutiger Beimischung. Im Dezember 1912 plötzlich wieder heftiger Kolikanfall mit intensiven Schmerzen in der Lebergegend. Kein Ikterus,

heftiges Erbrechen mit galligem Geschmack. Der herbeigerufene Arzt erklärt den Anfall für eine Gallensteinkolik.

B. Fälle, in denen die Operation keine Heilung von den Beschwerden brachte, auch kein pathologischer Befund an der Gallenblase nachzuweisen war.

Fall 9 (J.-N. 836. 1909).

1. Unterleibsbeschwerden (Kreuz- u. Leibschmerzen)
2. Appendicitis.

Krankengeschichte.

Klara B., 24jähr. Fräulein aus K., vom Arzt am 22. X. 09 eingewiesen.

Anamnese: Eltern und 5 Geschwister gesund. Patientin als Kind Lungenentzündung, Nasen- und Augenkrankheiten. Seit 6 Jahren unterleibsleidend. Erste Menses mit 13 Jahren, unregelmäßig, alle 10—12 Tage, von 8—14 Tage Dauer, sehr starker Blutverlust, seit einer Operation vor 2 Jahren Menses alle 4 Wochen, 5 Tage dauernd, mit starkem Blutverlust, Wallungen, Übelkeit, Herzklopfen, Meteorismus, Kreuz- und Leibschmerzen, allgemeine Abgeschlagenheit. Letzte Menses 2. X. 09.

Jetziges Leiden: Vor 5 Jahren Operation bei Doktor T. in N. Y. wegen Menorrhagien und Retroflexio, danach bald wieder die gleichen Beschwerden, so daß von neuem eine gynäkologische Behandlung notwendig war. Vor 3 Jahren Operation bei Dr. C. in N. Y., der das rechte Ovarium und und die Appendix herausnahm. 10 Tage post operationem Eröffnung der Wunde wegen Eiterung. Da die Wunde nicht heilen wollte, dritte Operation bei Dr. A. in N. Y., der die Fistel (?) schloß. Danach Besserung für 12 Monate bis August 1908. Dann wieder starke Beschwerden, Erbrechen, Krämpfe, Blutungen, Ohnmachten. Deswegen 4. Operation bei Dr F. in N. Y., der fand, daß das rechte Ovarium noch vorhanden war, und entfernte es. Das linke Ovarium war wegen Verwachsungen nicht sichtbar. Darauf wurde Patientin nach 6 Wochen unwohl, dann nach 5 Wochen, dann jede Woche. Der nun behandelnde Dr. S. in N Y. verordnete Heißluft und Spülungen, was vorübergehend half. Dr. S. schickte sie zur Erholung nach Deutschland. Auf der Reise und hier neue Anfälle, die Dr. N. in K. veranlaßten, sie zur Behandlung hierher zu senden.

Jetzige Beschwerden: Obstipation, Ausfluß, seit der letzten Operation Brennen beim Wasserlassen, Husten, Herzklopfen, schlechter Kräftezustand, Gewichtsabnahme.

Status präsens: Blasse grazil gebaute Patientin, geringes Fettpolster, mittelgute Muskulatur, Schleimhäute blaß. Lungen o. B. — Herz o. B. — Puls 84, Leib: Bauchdecken elastisch. In der Medianlinie Operationsnarbe. Leber und Milz nicht palpabel, durch Perkussion keine anormale Größe feststellbar. Inguinaldrüsen nicht geschwollen. — Geschlechtsteile: Mammae: geringe Fett- und Drüsensubstanz. Vulva und Vagina o. B. Uterus: Portio zapfenförmig in der Linea interspinalis, Orificium externum grübchenförmig, Corpus anteflektiert, klein, hart, beweglich. Tuben schlank. Ovarien: links klein, rechts scheinen in der Gegend der exstirpierten Adnexe Verwachsungen zu bestehen. — Harnorgane o. B. — Temperatur 36,9.

Diagnose: Status post operationem, Nervositas gravis, Dysmenorrhoe, Cholecystitis chronica.

Therapie: Die sehr nervöse Patientin wird wegen der postoperativen Verwachsungen mit Fango und Sitzbädern behandelt. Sie klagt beständig über Leibschmerzen, die besonders in die Gegend der Gallenblase lokalisiert werden. Zur Zeit der Menses Brennen beim Wasserlassen. Subjektives Befinden und Stimmung sehr labil.

25. IX.: Leukocyten 8600, Hämoglobin 70 %. Da die Schmerzen in der Gallenblasengegend nicht besser werden, wird Operation beschlossen. 7. XII. Cholecystektomie (Prof. Krönig). Die Gallenblase zeigt sich dabei unverändert. Nach der Operation erholt sich Patientin zunächst sehr rasch. Die Wunde heilt primär. Am 8. Tage post operationem heftige Schmerzen in der linken Seite, Fieber und Schüttelfrost. Temperatur steigt in den beiden folgenden Tagen auf 39,8 mit Schüttelfrösten. Cystoskopie ergibt: Blasenschleimhaut gerötet, Gefäße stark injiziert, Umgebung des linken Ureters, der eitrigen Urin entleert, stark gerötet, rechter Ureter o. B. Im Urin findet sich im Ausstrich in Bouillon Bacterium Coli. Behandlung: Urotropin dreimal 0,5. 4 Tage darauf Spülung des linken Nierenbeckens mit 1/1000 Arg. nitricum. Abends wieder Schüttelfrost, Temperatur 39,6. Dann Rückgang des Fiebers und der Schmerzen links. Am 25. XII. rechtsseitige Pyelitis.

Auf arg.-nitr. Spülung endgültiger Temperaturabfall. Patientin erholt sich nun zusehends. Ihr Appetit ist gut, doch klagt sie ständig über Schmerzen im ganzen Leib. Am 24. I. 10 entlassen. Subjektives Befinden gut, ab und zu Leibschmerzen. Leib weich, nirgends druckempfindlich. Uterus klein anteflektiert, beweglich. Links Adnexe frei. Pyelitis und Cystitis geheilt.

Pathologisch-anatomische Untersuchung: Bei frischer Untersuchung sieht man neben wohlerhaltenen Pigmentkörnchen-beladenen Epithelien zahlreiche große und kleine Rundzellen, zum Teil wie abgestossene Epithelien zum Teil wie Leukocyten aussehend. Die Gallenblase erscheint mikroskopisch in ihren sämtlichen Wandschichten normal. Nur in einzelnen Faltenspitzen finden sich Pseudoxanthomzellen als Ausdruck von Fettresorption.

Nachuntersuchung Dezember 1912. Seit der Operation keine Schmerzen in der Lebergegend, kein Ikterus, Verdauung in Ordnung, jedoch diffuse Schmerzen überall im Unterleib. Bei jeder Menstruation seit letztem Sommer Fieber von 39°, das vom Arzt festgestellt ist, daneben Drang und Brennen beim Wasserlassen.

C) Fälle, bei denen entweder auf Grund des Operationsbefundes oder des Heilungserfolges nicht sicher entschieden werden kann, ob die Operation an sich durch die Entfernung der Gallenblase von Einfluß auf die Unterleibsbeschwerden war, bezw. ob sie überhaupt Einfluß hatte.

Fall 10 (J.-N. 531. 1911).
Unterleibsbeschwerden.

Krankengeschichte.

Bernhardine Schy., 41jähr. Landwirtsfrau von Sch., vom Arzt eingewiesen am 17. VI. 11.

Anamnese: Vater an Wassersucht, Mutter und 3 Geschwister an unbekannter Ursache gestorben. Als Kind Lungenentzündung, vor 10 Jahren ein ganzes Jahr lang Influenza (?). Patientin machte 6 Geburten durch, die erste war ein Forceps, die übrigen spontan, das Wochenbett immer o. B. Erste Menses mit 17 Jahren, unregelmäßig alle 2 bis 3 bis 4 Wochen, letzte vor 5 Tagen. Die Periode

geht einher mit Kreuz- und Leibschmerzen, Schwindel, Kopfschmerzen, Ziehen in den Gliedern. Jetziges Leiden: Seit 3 Jahren Leibschmerzen. Daher Konsultation verschiedener Ärzte, die Patientin auf Magen- und Darmleiden behandelt haben. Patientin fühlt sich jedoch noch nicht gut und sucht deswegen und wegen der mancherlei Beschwerden während der Periode die hiesige Klinik auf. Außerdem leidet sie seit drei Jahren an Verstopfung. Apettit ist schlecht, häufiges Aufstoßen. Drängen nach unten, nie Gelbsucht.

Status präsens: Ziemlich gut genährte, ziemlich kräftige Frau. Gut entwickelte Muskulatur, mäßiges Fettpolster. Keine Ödeme. Schleimhaut etwas blaß, kein Ikterus. Sensibilität und Reflexe o. B. — Lungen o. B. — Herz I. Spitzenstoß accentuiert, Puls schnell und klein. — Leib: weich, flach, hängend. — Leber, Milz, Nieren o. B. — Geschlechtsteile: Mammae gut entwickelt, sonst o. B. Vulva: Introitus eng, Bartholinischen Drüsen nicht gerötet. In der Vulva vordere und besonders hintere Scheidenwand sichtbar. Levatorspalt 2—2½ Querfinger breit, Levatoren und Transversi beiderseits mäßig entwickelt. Vagina: Schleimhaut normal, rot, im vorderen Scheidengewölbe und seitlich sind Stränge fühlbar. Tuben, Ovarien und Harnorgane o. B. — Temperatur 37,5.

Diagnose: Prolaps.

Therapie: Colporaphia anterior und Levatornaht (Dr. Schl.) Nach der Operation zunächst mehrere Tage Schlaflosigkeit. Die Beschwerden lassen nicht nach. Patientin gibt jetzt an, daß sie früher viel an Schmerzen in der rechten Seite gelitten habe, besonders nach dem Essen. Druck auf die Lebergegend schmerzhaft. Hochgradige Verstopfung. Es wird an Cholelithiasis gedacht und Operation erwogen. 11. VII. Cholecystektomie (Prof. Krönig). Hierbei zeigt sich die Gallenblase stark verwachsen mit Mesenterium und Colon transversum. Die Gallenblase ist hühnereigroß, die Wand außerordentlich dünn. In der Blase zähflüssige Galle, keine Konkremente. Die Heilung wird kompliziert durch Aufschwellung der Innenfläche des rechten Oberschenkels (Thrombose?). Schwellung schmerzhaft, hart, von handtellergröße. Drüsen und Gefäße nicht sicher durchzufühlen. 5 Tage Bettruhe und Hochlagerung bringen fast völligen Rückgang. Entlassung am 5. VIII. Befinden gut, nur im

rechten Beine noch etwas Schmerzen. Etwa 5 Finger breit unterhalb des Poupart'schen Bandes derbe, nicht schmerzhafte Resistenz, keine Schwellung des Beines.

Patholog.-anatom. Diagnose: Gallenblase makroskopisch o. B. Mikroskopisch leichte Verdickung der Falten, etwas stärkere Infiltration der Wandungen als Zeichen früherer Entzündung. Stärkere Zerstörungen oder Wandveränderungen, die auf stärkere Entzündung hinwiesen, sind nicht vorhanden.

Nachuntersuchung: Dezember 1912. In der Gegend der Operationswunde geringe Schmerzen, nie Koliken, nie Ikterus. Verdauung liegt sehr darnieder, fast immer Verstopfung.

Fall 11 (J.-N. 64. 1905).

Unterleibsbeschwerden (starke Kreuz- und Leibschmerzen, Zusammenziehen im Leib).

Krankengeschichte:

Sophie G., 36jähr. Gendarmenfrau aus D., sucht am 3. August 1905 die Klinik auf.

Anamnese: Eltern leben und sind gesund, 4 Geschwister ebenfalls. Als Kind vom 8. bis 12. Jahre oft Koliken, 1896 Lungenleiden. Seit 2 Jahren leberleidend. Wegen Gallensteinkoliken bereits 6 Wochen bettlägerig. Seit 11 Jahren verheiratet, machte Patientin 5 spontane Geburten und 2 künstliche Frühgeburten wegen Tbc. durch. 4 Kinder leben und sind gesund, 1 ist totgeboren. Erste Menses mit 18 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, 8 Tage Dauer mit starken Krämpfen im Unterleib. Seit der Verheiratung sind die Krämpfe fort, doch bestehen jeweils Schmerzen und vermehrter Blutabgang. Am 2. und 3. Tage muß sie wegen heftigen Schmerzen das Bett hüten. Letzte Menses 6. VII. Jetzige Beschwerden: Der Stuhlgang war immer schlecht, so daß sie stets einnehmen mußte. Ikterus ist nie beobachtet. Mäßiger Appetit, häufig morgens Erbrechen, fortwährende Schmerzen im Unterleib, beim Bücken auch Kreuzschmerzen. Seit 9 Jahren bestehen Brustschmerzen, die sich manchmal zu Erstickungsanfällen steigerten. Schlaf schlecht, wegen besonderer Empfindlichkeit der rechten Seite. 1896 nach einem Wochenbett starke Kreuz- und Leibschmerzen, die die Patientin veranlaßten zum Arzt zu gehen. Dieser sagte, die Gebärmutter sei nach hinten gefallen, und legte einen

Ring ein. Besserung war nur von kurzer Dauer, nach einigen Wochen legte sie den Ring ab, trägt ihn jedoch jetzt wieder. Seit einigen Jahren verspürt die Patientin von Zeit zu Zeit ein Zusammenziehen im Leib. Seit der letzten Entbindung, Februar 1905, glasiger Ausfluß. Seit dieser Entbindung sind sämtliche Beschwerden bedeutend stärker geworden, deren hauptsächlichste die Kreuzschmerzen sind, „Gefühl, als ob hinten etwas los ginge".

Status präsens: Mittelgroße grazil gebaute Frau von ziemlich gutem Ernährungszustande, mit ziemlich gutem Fettpolster. Die Haut ist blaß, die Schleimhäute sind blaßrot. Keine Ödeme. Lunge: Über den Lungenspitzen deutliche Schallunterschiede nicht nachweisbar. Über der rechten Spitze verlängertes Exspirium, sonst Vesiculäratmen, nirgends Rasseln. — Herz und Puls o. B. — Leib mäßig vorgetrieben. Gegend der Gallenblase etwas druckempfindlich. Milz nicht vergrößert. — Geschlechtsteile: Mammae o. B. Vulva: Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen etwas gerötet, die Drüsen nicht zu fühlen. Vagina: Schleimhaut blaß, glasiges Sekret. Uterus: Portio blaß bläulich, vor und über der Linea interspinalis. Corpus gänseeigroß, feste Consistenz, beweglich, retrovertiert. Tuben schlank, Ovarien mandelgroß, beweglich. Harnorgane: Urin o. B., Blase: bei der Cystoskopie zeigt sich an der rechten Ureterenmündung eine kleine, etwas stärker gerötete, gewulstete Partie. — Temperatur 36,2.

Diagnose: Retroflexio uteri mobilis, Cholelithiasis, Tbc. pulmonum inveterata.

Therapie: 10. VIII. Auf Grund des erhobenen Befundes wird die Cholecystektomie vorgenommen (Prof. Krönig). Hierbei stellt sich die Gallenblase als eine allseitig verwachsene, hühnereigroße, schlaffwandige Cyste dar, in welcher Steine nicht zu fühlen sind. Gleich hieran anschließend wird die Aufrichtung des Uterus nach Alexander Adams und Tubensterilisation vorgenommen. Nach dem Erwachen aus der Narkose Brechreiz und bedeutende Schmerzen im ganzen Leib. 15. VIII. Temperatur, die nach der Operation auf 38,0 gestiegen war, ist auf 37,4 gefallen. 19. VIII. Patientin fühlt sich verhältnismäßig wohl, hat keine Verdauungsbeschwerden und regelmäßigen Stuhlgang. 24. VIII. Befinden gut. Patientin seit gestern auf, wünscht entlassen zu werden. Operationswunde glatt verheilt.

Nachuntersuchung: Frühjahr 1912. Patientin gibt an, daß sie nach der Operation ein Jahr lang keine Anfälle mehr gehabt hat. Dann aber ging Gries ab und seither hat sie öfters gleiche Anfälle wie früher. Seit 14 Tagen beschwerdefrei und ganz geregelter Stuhlgang. Sonst hat sie häufig seit einem Jahre nach der Operation Stuhlgangsbeschwerden und stets Kreuz- und Leibschmerzen. In der Gegend der Narbe behauptet sie seit der Operation den gleichen Schmerz wie zuvor zu haben. Außerdem ist sie schwächer als vor der Operation, schreibt dies jedoch selbst dem Älterwerden zu.

Fall 12 (J.-N. 690. 1911).

1. Unterleibsbeschwerden (seit 2 Jahren Schmerzen im Unterleib)
2. Appendicitis.

Krankengeschichte:

Luise B., 25. jähr. Fabrikarbeiterin von O., vom Arzt am 12. VII. 11. eingewiesen.

Anamnese: Eltern und 7 Geschwister leben und sind gesund. Patientin als Kind Diphtherie. Erste Menses mit 15 Jahren, immer regelmäßig alle 4 Wochen, seit der Operation vor 1 Jahre regelmäßig alle 3 Wochen, 5—6 Tage Dauer, viel Blutverlust ohne Schmerzen. Letzte Menses vor 14 Tagen.

Die Krankengeschichte vom 30. XI. 10 besagt folgendes: Familienanamnese wie oben. Patientin klagt über seit zwei Jahren bestehende Schmerzen im Unterleib, Unregelmäßigkeit der Periode, gelblichen Ausfluß und zeitweises Brennen beim Wasserlassen.

Status präsens: Lungen, Herz und Leib o. B. — Geschlechtsteile: Mammae schlecht entwickelt, sonst o. B. Vulva: Urethralmündung nicht erkennbar, Hymen eingerissen. Vagina: Schleimhaut stark gerötet, kein Sekret, keine Auflockerung. Uterus: Portio konisch, Orificium externum geschlossen. Corpus retroflectiert, fixiert, hart, Größe normal. Adnexe frei. Harnorgane o. B. Auf Grund des erhobenen Befundes wird S. Q. S. Menge und Appendektomie vorgenommen (Dr. Schl.). Glatter Heilungsverlauf.

Patholog.-anatom. Diagnose: Mikroskopisch zeigen sich an dem Wurmfortsatz keine Zeichen frischer oder alter Entzündung.

Heute gibt Patientin an: Bis gegen Frühjahr 1911 fast völlig beschwerdefrei, jedoch nicht ganz. Von da an wurden die Beschwerden in beiden Seiten wieder stärker und waren mitunter so intensiv, daß Patientin sich krümmen mußte vor Schmerz. Auf Behandlung mit heißen Umschlägen und Sitzbädern wurden die Beschwerden nicht besser, daher Überweisung in die Klinik.

Status präsens: Mittelgroße, mittelkräftige Patientin. Schleimhäute normal rot. — Lungen o. B. Herz I. Spitzenton dumpf. Puls regelmäßig. — Leib flach. Gallenblasengegend diffus schmerzhaft, ebenso Mac Burney'scher Punkt und die linke Magengegend. Milz, Leber und Nieren o. B. — Genitalien: Mammae o. B. Vulva: Introitus für zwei Finger durchgängig, Bartholinischen Drüsen und Urethralmündung nicht gerötet. Vagina: weit, Schleimhaut rot. Uterus: Portio zapfenförmig in der Linea interspinalis. Corpus retroflektiert, beweglich. Tuben und Ovarien frei, Harnorgane o. B.

Diagnose: Verwachsungen post laparatomiam.

Therapie: Probelaparotomie 15. VII. 11 (Dr. Schl.). Hierbei werden keinerlei Verwachsungen, dagegen beim Abtasten der Gallenblase ein Stein im Cysticus festgestellt. Um durch einen zu großen Bauchschnitt die Respiration der Patientin nicht zu gefährden, wird zweizeitige Operation beschlossen. Daher 1. VIII. 11. Cholecystektomie (Professor Krönig). Hierbei ergibt sich als Inhalt der Gallenblase viel braungrüne Galle und zirka zehn verschieden große braungrüne Steine. Nach der Operation mehrere Tage lang Kopfschmerzen, sonst glatter Verlauf. Am 15. VIII. 11 mit folgendem Befund entlassen: Schmerzen beim Laufen und Sitzen in der Gallenblasengegend; Wunde trocken, in der Mitte und am Ende erbsengroße, nicht schmerzhafte Infiltrate.

Patholog.-anatom. Diagnose: Die in der Gallenblase gefundenen Steine sind schwarzgrün gefärbte Cholesterinpigmentkalksteine.

Am 26. II. 12 gelangte die Patientin zum dritten Male zur Aufnahme mit folgenden Beschwerden: Seit Oktober 1911 hat Patientin von Zeit zu Zeit mehr oder minder heftige Schmerzen im Leib und Kreuz, die nach dem Rücken ausstrahlen. Außerdem bestehen seit jener Zeit Magenschmerzen und Erbrechen, die jedoch seit Weihnachten nicht wieder aufgetreten sind. Durch die Röntgenuntersuchung werden

postoperative Verwachsungen festgestellt, die von der rechten Adnexgegend gegen die Medianlinie ziehen. Am 5. III. 12 Lösung der Verwachsungen per laparotomiam (Dr. Schn.). Patientin bei gutem Wohlbefinden entlassen.

Nachuntersuchung: Im Dezember 1912 seit der Operation 1912 haben die Beschwerden, die nach der Gallensteinoperation noch bestanden, so nachgelassen, daß der Zustand ein ganz erträglicher geworden ist. Jetzt treten Schmerzen in der Narbengegend nur noch zur Zeit der Periode auf. Ikterus wurde nie beobachtet. Die früher arg darniederliegende Verdauung hat sich erheblich gebessert, den letzten Mangel schiebt Patientin auf die ihr fehlenden Zähne. Patientin hat sich seit der Operation sehr erholt und fühlt sich viel besser als vorher, so daß sie ihrem Beruf als Fabrikarbeiterin wieder nachgehen kann.

Fall 13 (J.-N. 10. 1910).

1. Unterleibsbeschwerden (Schmerzen im Leib und Unterleib, Drängen nach unten).
2. Anteflexio.
3. Tumor tubo-ovarialis.
4. Appendicitis.

Krankengeschichte:

Emma W., 27jähr. Steinhauersfrau aus F., vom Arzt am 6. I. 12 eingewiesen.

Anamnese: Vater an Wassersucht, Mutter nach Entbindung gestorben. Geschwister gesund. Patientin als Kind Typhus. Seit 8 Jahren verheiratet, machte Patientin eine normale Geburt durch, das Kind lebt und ist gesund. Erste Menses mit 15 Jahren. Zuerst regelmäßig, seit dem Typhus viel Blut und Schmerzen, dann seit der Verheiratung wieder regelmäßig, 3—7 Tage Dauer und sehr geringer Blutverlust. Letzte Menses vor 14 Tagen. Im Jahre 1908 war Patientin bereits in hiesiger Klinik, die damalige Krankengeschichte besagt folgendes:

Familienanamnese wie oben. Am 17. Januar 1907 erkrankte Patientin plötzlich innerhalb einer Stunde an überwältigenden Schmerzen im Unterleib, besonders links. Sie mußte sich sofort hinlegen und schreien und fühlte sich vollständig abgeschlagen. Es trat heftiges Erbrechen ein, der Bauch wurde aufgetrieben, der Stuhlgang war verstopft, Fieber war angeblich nie vorhanden. Vom Arzt wurde sie

mit heißen Breiumschlägen behandelt. Der Zustand dauerte drei Wochen unter langsamem Rückgang der Erscheinungen an, dann Besserung. Im November 1907 stürzte Patientin die Treppe hinunter, darauf dieselben Erscheinungen wie im Januar, wenn auch nicht so stark. Behandlung mit Sitzbädern. Augenblicklich starke Schmerzen im Kreuz und Unterleib, Drängen nach unten, öfters Erbrechen.

Status präsens: Blaße, schwächliche Frau, graziler Knochenbau, mittelgute Muskulatur, geringes Fettpolster. Keine Ödeme, Sensibilität und Reflexe normal. — Lungen und Herz o. B. — Leib: Befund nicht erhoben. — Geschlechtsorgane: Mammae o. B. Vulva: leicht klaffender, etwas geröteter Introitus. Urethralmündung nicht gerötet. Ganz leichter Descensus der vorderen Vaginalwand mit eben beginnender Cystocele, beim Pressen wird nur wenig in der Vulva sichtbar. Die Perinealmuskulatur ist etwas verdünnt. Keine Rektocele. Damm hoch, Levatorschenkel bei Knippning-Garna fest, dabei Hiatus von 2½ Querfinger-, im Ruhezustand von 3½ Querfingerbreite. Portio: in der Interspinallinie, tritt beim Pressen nicht tiefer. Uterus: anteflektiert, sehr beweglich, nicht vergrößert. Betastung des Douglas schmerzhaft. Desgleichen Elevation des Uterus. Rechte Tube schlank, rechtes Ovar nicht vergrößert, descendiert, der Uteruskante genähert und sicher in Adhäsion, dabei außerordentlich druckempfindlich. Links vom Uterus kein Tumor, jedoch Tuben und Ovarien in Adhäsionen. — Harnorgane o. B. — Temperatur 37,3.

Diagnose: Descensus vaginae, anteflexio uteri. Pelviperitonitis adhaesiva post appendicitidem. Tumor tuboovarialis sinister.

Therapie: Salpingectomia sinistra. Ligamentverkürzung nach Menge, Appendektomie (Dr. A.). Bei der Operation entleert sich bei Eröffnung der Bauchhöhle blutigseröse Flüssigkeit. Beide Tuben sind bis an das abdominelle Ende schlank, daselbst jedoch verdickt, geschlossen und den Ovarien adhaerent. Nach dem Loslösen erweist sich die rechte Tube als offen und wird zurückgelassen. Die linke Tube ist stärker verändert (kleine Hydrosalpinx) und wird exstirpiert. Gute Heilung. Entlassen am 10. II. Wunde gut geheilt, vaginal keine Druckempfindlichkeit, nur rechts seitlich, doch kein abnormer Befund. Uterus in beweglicher schwebender Anteversio-flexio.

Patholog.-anatom. Diagnose: Abgelaufene Appendicitis.

Jetzt gibt Patientin an: Seit 5 Wochen Erbrechen, im Leib meist hinten links stechende Schmerzen. Seit 1 Jahr Schmerzen in der Gallenblasengegend, die etwa alle 14 Tage auftraten, jedoch nie Ikterus, keine Steine im Stuhl. Wegen Verdacht auf Nierenentzündung hierhergesandt. An sonstigen Beschwerden bestehen: Brennen beim Wasserlassen, Kopfschmerzen, Schwindel, Ausfluß, Kreuzschmerzen, Appetitlosigkeit.

Status präsens: Konstitution wie 1908. — Haemoglobin 65 %, 13000 Leukocyten. Herz und Lungen o. B. Leib nicht vorgewölbt, Leber und Milz nicht palpabel, Perkussion o. B. Links vom Nabel wird Schmerz auf Druck geäußert, ebenso ist Gallenblasengegend druckempfindlich. Geschlechtsteile: Mammae o. B. Vulva: klaffend, Urethralmündung nicht gerötet. Vagina: für zwei Finger durchgängig, Schleimhaut normal rot, weißlich schleimiges Sekret. Uterus o. B. Tuben schlank, Ovarien vergrößert. — Pirquet +.

Diagnose: Pelviperitonitis chronica adhaesiva ex gonorrhoea recidiva.

Therapie: Patientin wird 12 Tage abwechselnd mit Sitzbädern und Fango behandelt. Da die Beschwerden nicht nachlassen, wird Operation erwogen. Am 18. II. Cholecystektomie (Prof. Krönig). Hierbei zeigt sich die Gallenblase nicht verwachsen und makroskopisch ohne Veränderung. Klinischer Verlauf: Heilung per primam. Am 2. III. 10 entlassen. Befinden sehr gut, Wunde fest verheilt.

Patholog.-anatom. Diagnose: Keine sicheren Zeichen einer nennenswerten Entzündung nachweisbar, doch ist der Zellreichtum des intermuskulären Bindegewebes etwas vermehrt. Es finden sich förmliche Rundzellenhaufen.

Nachuntersuchung: Patientin ist bald nach der Operation gravid geworden und hat in der Schwangerschaft drei Kolikanfälle gehabt. Nie Ikterus. Häufig Schmerzen nach dem Essen, die Magengegend ist jedoch nicht deutlich druckempfindlich. Stuhlgang schlecht. Obstipation.

Es wurden also bei 8 von 63 Fällen Unterleibsbeschwerden auf Gallenblasenerkrankung bezogen.

Diese Beziehung erwies sich als

1. richtig 3 mal
2. falsch 1 mal
3. zweifelhaft 4 mal

III. Beziehungen zwischen Anomalien des Uterus und Gallenblasenleiden.

Während bisher die Fälle nach Symptomen geordnet waren, erfolgt ihre Einreihung jetzt nach den Organen zu denen sie in Beziehung standen.

Tatsächlich können hier Beziehungen bestehen, wenn ein Übergreifen eines Prozesses vom Uterus auf die Gallenblase oder umgekehrt von der Gallenblase auf den Uterus stattfindet. So können theoretisch genommen Entzündungen des Uterus auf dem Umwege über die Adnexe und Darmteile bis zur Gallenblase vordringen und umgekehrt. Diese sehr weit entfernt liegende Möglichkeiten werden durch unser Material nicht bestätigt. Ferner kann eine tatsächliche Beziehung zwischen Uterus und Gallenblasenerkrankungen rein mechanisch durch raumbeengende Tumoren zustande kommen. Es ist durch sehr ausgedehnte Beobachtungen erwiesen, daß der vergrößerte schwangere Uterus durch Kompression der Gallengänge Steinbildung begünstigt und sehr häufig hervorruft. Genau dasselbe bewirken große Tumoren des Uterus, in erster Linie Myome. Ich verweise da auf die oben mitgeteilte Beobachtung Charles H. Mayo's, der bei 1244 Myomoperationen 90 mal eine Gallenblasenoperation wegen gleichzeitiger Cholelithiasis anschloß. Daß unter unserm Material sich kein derartiger Fall findet, beruht in erster Linie darauf, daß einmal wegen der angreifenden Myomoperation auf eine Revision bezw. Operation an der Gallenblase meistens verzichtet werden muß, und andererseits darauf, daß häufig durch die Operation die bestehende Behinderung des Gallenabflusses behoben, und dadurch eine Erkrankung der Gallenblase beseitigt bezw. vermieden wird.

Dieser Kathegorie tatsächlich vorhandener Beziehungen zwischen Gallenblase und Uteruserkrankungen

steht eine zweite gegenüber, bei der diese Beziehungen erst von dem diagnostizierenden Arzt hergestellt wurden. Es sind dies:

A) Fälle, in denen eine Erkrankung oder Anomalie des Uterus diagnostiziert wurde, die Operation an der Gallenblase aber und der weitere Heilungsverlauf erwiesen, daß die Beschwerden der Patienten fälschlicherweise auf den Uterus bezogen wurden und tatsächlich von der erkrankten Gallenblase ausgingen.

Siehe Fall 2.
Endometritis.
Siehe Fall 8.
Endometritis decidualis.

B) Fälle, bei denen der untersuchende Arzt an die Möglichkeit gedacht hatte, daß die zunächst auf den Uterus bezogenen Beschwerden doch im letzten Grunde auf die Gallenblase zurückzuführen wären. Die auf Grund dessen vorgenommene Operation bestätigte aber den Verdacht nicht und die Entfernung der Gallenblase brachte keine Heilung.

Siehe Fall 9.
Menorrhagien.

C) Fälle, bei denen sowohl auf Grund des Operationsbefundes als auch des Heilungsverlaufes ein sicheres Urteil nicht abgegeben werden kann, ob die Beschwerden von dem einen oder anderen Organ ausgingen, bezw. ob die Gallenblasenoperation von Einfluß war.

Siehe Fall 13
Anteflexio.
Fall 14 (J.-N. V. 507. 1906)
Dysmenorrhoe und Menorrhagien.
Krankengeschichte:

Anna W., 43 Jahre altes Fräulein, aus K. sucht auf Anraten des Arztes am 23. VIII. 06 die Klinik auf.

Anamnese ergibt, daß beide Eltern gestorben sind, der Vater an Schlaganfall, die Mutter im Wochenbett. 5 Geschwister leben und sind gesund. Keine Kinderkrankheiten Erste Menses mit 19 Jahren, die ersten Jahre regelmäßig, seit dem 30. Jahre unregelmäßig, die letzten vor 14 Tagen. Jetzige Beschwerden: Patientin klagt über Obstipation bei gutem Appetit, viel Kopfschmerzen, häufigen Schwindel und schlechten Schlaf, Brennen beim Wasserlassen, 8 bis 14 Tage dauernden Ausfluß nach der Periode, wesentliche Verminderung des Kräftezustandes und starke Gewichtsabnahme. Seit dem 30. Jahre beständig unregelmäßige Periode die manchmal alle 3 Wochen einträte, dann auch wiederholt 6—8 Wochen ausgesetzt habe und mit starken Schmerzen im Kreuz und Unterleib und Mattigkeit in den Gliedern verbunden sei, sodaß sie das Bett aufsuchen müsse.

Status präsens: Schwächliche Patientin, schlechter Ernährungszustand, mäßige Muskulatur, ganz geringer Fettansatz, Schleimhäute blaßrot, Sensibilität o. B. Lungen o. B. Leib symmetrisch, nicht aufgetrieben, o. B. Geschlechtsteile: Mammae o. B., Vulva: kleine Schamlippen stark entwickelt, sonst o. B., Vagina: Schleimhaut gerötet, schleimigeitriges Sekret. Uterus: klein, etwa hühnereigroß, Portio innerhalb der Interspinallinie. Corpus beweglich, retrovertiert. Adnexe keine Veränderungen wahrzunehmen. Harnorgane o. B. Temperatur: 37,1 axillar.

Diagnose: Dysmenorrhoe, Menorrhagien, Nervositas gravis.

Therapie: Auf Grund des erhobenen Befundes und wegen der starken Beschwerden wird am 28. VIII. Exstirpatio uteri totalis per vaginam mit Spaltung nach Döderlein und linksseitigem Schuchard'schen Schnitt vorgenommen (Dr. R.). Nach der Operation viel Schmerzen im Leib, bald stärker, bald schwächer. Da dieselben nicht nachlassen und in die Gegend der Gallenblase lokalisiert werden, wird Cholecystektomie erwogen. Am 19. X. Cholecystektomie (Prof. Krönig). Auch nach dieser Operation klagt Patientin über alle möglichen Beschwerden, welche als Symtome einer schweren Hystero-Neurasthenie gedeutet werden müssen. Nachdem noch alles Mögliche versucht worden ist, wird Patienten am 6. XII. etwas gebessert entlassen. Scheiden- und Laparotomiewunde ist fest verheilt.

Patholog.-anatom. Diagnose: Mikroskopische Untersuchung der eingesandten Gallenblase ergab eine ziemlich

erhebliche rundzellige Infiltration der leicht verdickten Schleimhautfalten. Auch die Muskulatur weist diese Infiltration auf, und zwar erstreckt sich dieselbe bis in die Zone der Tunica fibrosa externa. Alles dies weist auf einen chronischen Reizzustand hin.

Nachuntersuchung: Sommer 1912. Seit der Entlassung keine Koliken mehr, keine Schmerzen in der Gallenblasengegend, kein Ikterus. Verdauung jedoch immer schlecht, sodaß stets Abführmittel gebraucht werden müssen. Kopfschmerzen wie früher.

Fall 15 (J.-N. 286. 1908).

Metritischer Uterus.

Krankengeschichte.

Maria H. aus M., 43jährige Taglöhnersfrau. Wegen ihrer Beschwerden am 21. IV. 08 von der Chirurgischen Klinik überwiesen.

Anamnese: Vater gestorben an Lungenentzündung, Mutter und 3 Geschwister leben und sind gesund. Patientin war früher nie krank, begab sich vor 1 Woche wegen eines Furunkels in die Chirurgische Klinik. Seit 19 Jahren verheiratet, machte sie 8 Geburten und 4 Fehlgeburten durch. Von den Geburten waren 4 Zangen und 2 Extraktionen bei Steißlagen. Von den Fehlgeburten war eine spontan und 3 Ausräumungen. 7 Kinder leben, 1 starb gleich nach der Extraktion. Menses begannen mit 15 Jahren, zuerst unregelmäßig, nach 1 Jahr regelmäßig alle 4 Wochen, 4 bis 5 Tage Dauer mit starkem Blutverlust und Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Jetzige Beschwerden: Stets schlechter Stuhlgang, häufig Brennen beim Wasserlassen. Nach der letzten Geburt vor 6 Jahren war das linke Bein häufig abends geschwollen. Seit einem Jahre starke Schmerzen im Unterleib und Kreuz, seither auch 19 Tage dauernde Perioden mit sehr starker Blutung. Außerdem viel Kopfschmerzen, starke Magenschmerzen, sodaß sie häufig nichts essen kann. Ikterus nie beobachtet. Starke Abgeschlagenheit auch in der Ruhe. Nie Schmerzen in der Appendixgegend. Patientin führt ihre Beschwerden auf die jedesmaligen starken Blutungen bei den Geburten als auch den Fehlgeburten zurück, ferner darauf, daß sie alle 7 Kinder über 1 Jahr lang gestillt hat.

Status präsens: Blaße, mäßig kräftige Frau, gute Muskulatur, gutes Fettpolster. Haut und Schleimhäute blaß kein Ikterus. Reflexe normal. Keine Ödeme. Lungen und

Herz o. B. Der Leib ist etwas vorgewölbt, Nabel eingezogen. Leber und Milz nicht palpabel, Leber- und Milzdämpfung normal. Geschlechtsteile: Mammae und Vulva o. B. Vagina: Introitus weit, Schleimhaut rot, keine Auflockerung. Uterus: Portio in der Interspinallinie, Muttermund quergespalten, Corpus vergrößert, anteflektiert, beweglich. Im rechten Scheidengewölbe Narbe fühlbar, die anscheinend ins rechte Parametrium übergeht. Tuben schlank, Ovarien klein beweglich.

Diagnose: Metritischer Uterus.

Therapie: Da die Beschwerden trotz aller Therapie nicht nachlassen, wird Totalexstirpation erwogen und am 23. IV. ausgeführt (Dr. G.). Nach der Operation hatte Patientin gleich in den ersten Tagen Schmerzen in der Gallenblasengegend, die in den Rücken ausstrahlten. In der Gallenblasengegend ist kein Tumor, sondern nur eine undeutliche Resistenz zu fühlen. Da die Schmerzen auf Gallensteine hindeuten, am 23. V. Cholecystektomie (Prof. Krönig). Hierbei findet sich ein Stein im Cysticus eingeklemmt. Wunde zuerst sezernierend, ist bei der Entlassung am 11. VI. fest vernarbt. Subjektives Befinden gut.

Patholog.-anatom. Diagnose: Mikroskopische Untersuchung der Gallenblase zeigte eine starke Atrophie der Schleimhaut. Irgendwelche entzündliche Veränderungen sind an der Wand nicht wahrzunehmen. Am 27. XII. 1910 wird die Patientin vom Arzt wieder hereingeschickt, und gibt an, daß sie seit den Operationen im Jahre 1908 Schmerzen im Unterleib auf der rechten Seite verspüre. Sie müsse stets Leibbinde tragen. Untersuchung ergibt: Narbe in der Scheide und vordere Bauchwand in der Gegend des Mac Burney'schen Punktes auf Druck sehr schmerzhaft. Es wird daher die Appendektomie erwogen und am 31. XII. ausgeführt. Bei der Operation findet sich im distalen Ende der Appendix ein Kotstein. Sonst makroskopisch keine Veränderung. Bei der Untersuchung zeigt sich das rechte Ovarium mit der rechten Tube verwachsen, Ovarium vergrößert durch eine mit Blut gefüllte Cyste. Rechtes Ovarium und rechte Tube werden exstirpiert. Bei der Revision des unteren Leberandes findet sich eine Dünudarmschlinge mit der Leber verwachsen.

Patholog.-anatom. Diagnose: Mikroskopisch zeigt sich in dem Ovarium eine Corpus hämorrhagicum Cyste, sonst

nichts pathologisches. Der Wurmfortsatz zeigt eine geringe Verdickung der Serosa, jedoch ist aus dem Bilde ein Anfall nicht sicher zu beweisen.

Nachuntersuchung: Jan. 1913. Schmerzen in der rechten Seite des Abdomens, Scheidengrund o. B., Narbe zart, aber bei starkem Druck leicht blutend.

Es wurden also bei 6 von 63 Fällen Beziehungen zwischen Uterusanomalien und Gallenblase durch den diagnostizierenden Arzt hergestellt: sie erwiesen sich als

1. richtig 2 mal
2. falsch 1 mal
3. zweifelhaft 3 mal

IV. Beziehungen von Gallenblasenleiden zu Adnexerkrankungen.

Die für die unter dem letzten Abschnitt vereinten Fälle gegebene Einteilung läßt sich auch auf die unter diesem Gesichtspunkte zu behandelnden Fälle übertragen.

Für die Möglichkeit eines direkten Übergreifens entzündlicher Prozesse von dem einen Organ auf das andere ergab unser Material keinen Anhaltspunkt.

Ebenso kam kein Fall zur Beobachtung, in dem Tumoren der Adnexe durch Raumbeengung Gallenstauung bezw. Gallenblasenerkrankungen hervorgerufen hätten.

Es kommt aber speziell bei Adnexerkrankungen als neues Moment hinzu, daß bei der Betastung Gallenblasentumoren, namentlich solche entzündlicher Art, als Adnextumoren imponieren können. (Siehe hierzu Fall 6 und Fall 17.)

Im übrigen wurden auch unter diesem Gesichtspunkte die Beziehungen lediglich durch den behandelnden Arzt diagnostisch hergestellt. So kamen Fälle vor, in denen

A) Erkrankungen der Adnexe diagnostiziert wurden, bei denen tatsächlich aber, wie die Operation an der Gallenblase und der weitere Heilungsverlauf bewiesen, eine Gallenblasenerkrankung die Ursache der vorhandenen Beschwerden war.

Siehe Fall 6.
Adnextumor.

B. Fälle, in denen sich die Vermutung, daß die zunächst auf die Adnexe bezogenen Beschwerden vielleicht von der Gallenblase herrühren könnten, sowohl nach dem Befund als auch nach dem Heilungsverlauf als irrig erwies.

Es kam kein Fall zur Beobachtung, der unter diesem Gesichtspunkte verwertet werden könnte.

C. Fälle, in denen es sowohl auf Grund des Operationsbefundes als auch des Heilungsverlaufes zweifelhaft blieb, ob die Operation Einfluß hatte.

Siehe Fall 13.
Tumor tuboovarialis.

Fall 16 (J.-N. 291. 1911).
1. Schmerzhaftigkeit der rechten Adnexe
2. Appendicitis.

Krankengeschichte:

Berta S., 35jähr. Musiklehrersfrau aus F., wurde am 1. IV. 11 eingeliefert von der medizinischen Station eines Krankenhauses, wo sie wegen Interkostalneuralgie in Behandlung war. Nach Angabe des behandelnden Arztes hatte sich ein rasch größer werdender Tumor im Abdomen entwickelt, eine Gravidität sollte auszuschließen sein.

Anamnese: Vater und 2 Geschwister an Tbc. gestorben. Patientin als Kind Masern, Keuchhusten und Lungenentzündung. Mit 15 Jahren Blinddarmentzündung, Bauchfellentzündung, Rippenfellentzündung. Mit 24 Jahren Entzündung der Gebärmutter. Mit 26 Jahren Lungenkatarrh. Seit 17 Jahren verheiratet, machte Patientin 8 Geburten und 2 Frühgeburten durch, 3 der Kinder starben innerhalb der ersten 2 Jahre, während der letzten Schwangerschaft vor 2 Jahren starke Blutung (Placenta prävia?). Erste Menses mit 15 Jahren,

unregelmäßig alle 6—8 Wochen, stark, 3—8 Tage Dauer. Letzte am 7. III. 11, 9 Tage lang, sehr stark.

Jetzige Beschwerden: Seit 7 Wochen Stechen in der linken Brust, Fieber und Husten (Rippenfellentzündung?), Appetit schlecht, häufige Kopfschmerzen, Schwindel, Nachtschweiße, Schmerzen in allen Gelenken. Der Unterleib sei mäßig aufgetrieben, bei längerem Gehen Kreuz- und Leibschmerzen. Stuhlgang unregelmäßig, meistens Obstipation, häufiges Aufstoßen, Erbrechen und Ikterus nie beobachtet.

Status präsens: Mittelgroße Frau von mäßig gutem Ernährungszustande und geringem Fettpolster, Haut und Schleimhäute blaß, kein Ikterus. Lungenbefund (Medizinische Klinik): Über der rechten Spitze alte Veränderungen, links unten anscheinend kleine pleuritische Schwarte, kein Zeichen von frischem Katarrh. — Herz o. B. — Leib flach und schlaff, nirgends druckempfindlich. Leber und Milz nicht vergrößert. — Uterus: Fundus reicht bis 3 Querfingerbreit unter den Nabel. — Cervikalkanal geschlossen, keine Blutungen. — Scheide: Schleimhaut livide verfärbt. Adnexe scheinen nicht verändert. Im Urin kein Zucker, kein Eiweiß, kein Gallenfarbstoff. Temperatur 37,1 axillar.

Diagnose: Es wird die Diagnose Gravidität im 5. Monat gestellt und die Patientin ihres Lungenleidens wegen beobachtet, um eventuell die Schwangerschaft zu unterbrechen. Am 2. IV. Pirquet +, auf 0,001 Koch'sches Alttuberkulin allgemeine Reaktion (39,2 °), keine lokale Reaktion.

Therapie: Da die Lungenerscheinungen trotz Bettruhe nicht abnehmen und Fieber bis 39,3 eintritt, Ausräumung in Narkose. Tags darauf starke Schmerzen in der rechten Seite. Es besteht eine fast brettharte Spannung des Abdomens auf der rechten Seite. Am 21. IV. ist rechts seitlich vom Uterus deutlich ein faustgroßer Tumor zu fühlen. Es wird an eine septische Pyosalpinx oder Appendicitis gedacht. Nach Abklingen des Fiebers Fango und heiße Umschläge. Am 27. IV. steht die Patientin zum ersten Male auf. 1. V. Die Schmerzen sind wesentlich gebessert, rechts vom Uterus ist ein fluktuirender, etwa apfelgroßer, links ein bleistiftdicker Tumor zu fühlen. Viel Kopf- und Leibschmerzen. Während des Monats Mai wechselndes Befinden. Am 19. V. Anstieg der Temperatur bis 38,4, dabei immer Leib- und Kopfschmerzen, Patientin liegt meist zu Bett. — 2. VI. Uterus anteflektiert und weich, rechte Tube

bleistiftdick, linke normal. Spezielle Untersuchung der Gallenblase nicht ausgeführt Da die rechten Adnexe bei der Untersuchung dauernd schmerzhaft erscheinen und die Temperatur zwischen 36,6 und 37,5 unregelmäßig schwankt, wird Salpingektomie erwogen. Am 21. VI. Kampherölinjektion nach Hoehne (30 ccm 10 % iges Kampheröl). Am 23. VI. Leukocyten 10 300, am 24. VI. Operation: Exstirpation der rechten Adnexe und Appendektomie. Der Uterus zeigt sich dabei mannsfaustgroß, beide Tuben sind schlank, abdominelles Ende frei, die Ovarien weisen einzelne Cysten auf. Es werden die rechten Adnexe und die Appendix exstirpiert. Vor Schluß der Bauchhöhle wird die Gallenblase abgetastet, es findet sich ein kirschgroßer harter Stein im Cysticus.

Patholog.-anatom. Diagnose: Die Subserosa der eingesandten Appendix ist deutlich verdickt, teilweise zellig infiltriert, es hat also wohl früher eine Appendicitis bestanden. Ovarium und Tube zeigen keine pathologischen Veränderungen.

Klinischer Verlauf: Glatte Heilung der Bauchwunde. Auch nach der Operation bestehen die früher angegebenen Beschwerden fort. Auf Grund des bei der ersten Operation erhobenen Gallenblasenbefundes wird am 19. Tage nach der ersten Operation die Cholecystektomie vom Pararektallängsschnitt ausgeführt (Prof. Krönig). Der linke Leberlappen ist mit der vorderen Bauchwand, die Gallenblase mit dem Netz verwachsen. Der Choledochus wird abgetastet, ist frei und nicht vergrößert. Die Gallenblase selbst ist über gänseeigroß, bei ihrer Eröffnung findet sich ein pflaumengroßer Stein im Cysticus dicht am Abgang des Choledochus. Die Heilung der Operationswunde wird durch eine leichte Infiltration kompliziert. Am 20. Tage post operationem ist die Wunde fest verheilt. Am 22. Tage nach der Operation wird Patientin entlassen. Sie klagt noch über Schmerzen nach dem Essen in der Magengegend, im Unterleib sind keine Schmerzen mehr.

Patholog.-anatom. Diagnose: Deutliche Hypertrophie der Muskulatur, leichte entzündliche Infiltrate.

Nachuntersuchung: Sommer 1912. Seit der Operation wieder vier Schmerzanfälle, die in der Magengegend lokalisiert sind und nach dem Essen auftreten. Von sonstigen Beschwerden besteht nur noch eine Cystitis.

Fall 17 (J.-N. 929. 1909).

1. Adnextumor
2. Appendicitis

Krankengeschichte:

Theresia St., 48jähr. Landwirtsfrau von K., am 25. XI. 09 vom Arzt eingewiesen.

Anamnese: Eltern an Altersschwäche, eine Schwester an Kindbettfieber gestorben. Patientin mit 9 Jahren lungenkrank. Seit 27 Jahren verheiratet, machte sie 8 Geburten durch, die letzte vor 10 Jahren war eine Querlage. Die Kinder leben und sind gesund. Erste Menses mit 18 Jahren, immer regelmäßig alle 4 Wochen. Seit einem Jahre Pausen von 2—5 Monaten. Letzte Menses am 25. XI.

Jetzige Beschwerden: Seit der letzten Geburt vor 10 Jahren öfter Magenkrämpfe mit galligem Erbrechen, was jedoch auch schon vorher, wenn auch nicht so stark vorhanden war. Die Schmerzen ziehen dabei bis in die rechte Schulter. Nie Ikterus. Sämtliche Anfälle von kurzer Dauer. Jetzt seit 3 Tagen Schmerzen im Leib und Übelkeit, mehrmaliges Erbrechen. Da die Schmerzen immer schlimmer wurden, wird der Arzt geholt, der sie der Klinik überweist. Stuhlgang obstipiert, Appetit gut, Harnentleerung normal, kein Ausfluß. Viel Kopfschmerzen und schlechter Schlaf. Kräftezustand gut, keine Gewichtsabnahme.

Status präsens: Kräftige Frau in gutem Ernährungszustande, kräftiger Knochenbau, gut entwickelte Muskulatur und Fettpolster. Leukocyten 12600, Hämoglobingehalt 48%. Sensibilität o. B. Keine Ödeme. Lunge o. B. Herz: 1. Spitzenton unrein, 2. Pulmonalton accentuiert. Puls 118, regelmäßig. Leib vorgewölbt. Nabel etwas verstrichen. In der Ileocoecalgegend schmerzempfindlicher, großer, harter, nicht verschieblicher Tumor. Palpation und Perkussion von Leber und Milz o. B. Geschlechtsteile: Mammae o. B. Vulva: fettreiche Schamlippen, Introitus für 2 Finger durchgängig, Urethralmündung nicht gerötet, Damm erhalten. Vagina: Schleimhaut normal rot, keine Auflockerung, weißlich schleimiges Sekret, Kanal tief, glatt elastisch. Uterus: Portio zapfenförmig in der Linea interspinalis. Corpus anteflektiert, Größe wegen der Schmerzhaftigkeit des Abdomens nicht feststellbar. Tuben und Ovarien nicht aus-

zutasten. Die rechte Unterbauchgegend nimmt ein kindskopfgroßer, harter, empfindlicher Tumor ein, der der Ileocoecalgegend angehört. Temperatur 37,8.

Diagnose: Appendicitis acuta purulenta.

Therapie: Eisblase, Bettruhe. 28. IX. reichlicher Stuhl auf hohen Einlauf. 30. IX. Tumor ist kleiner geworden, Patientin entfiebert langsam, Stuhl täglich, von der Vagina nur eine undeutliche Resistenz, kein Tumor zu fühlen. 13. XII. Tumor sehr erheblich kleiner geworden. In der Ileocoecalgegend kaum mehr zu fühlen. Leukocyten 6000. Wegen der Fortdauer der Schmerzen wird Appendektomie beschloßen — 14. XII. 09. Operation (Prof. Krönig). In der Narkose zeigt sich der Tumor als die prall gefüllte Gallenblase. Es wird daher auf diese eingegangen. Die Gallenblase ist stark vergrößert, überall stark verwachsen, die Leber ist ikterisch verfärbt. Cholecystektomie; es finden sich reichliche Steine und gelbliche Galle. Postoperativer Verlauf o. B. Entlassungsbefund am 24. XII. 09: Befinden relativ gut, Wunde fest verheilt. —

Patholog.-anatom. Diagnose: Die Gallenblase wird in zwei Stücken übersandt. Beide zusammengelegt ergeben eine Länge von fast 12 cm des exstirpierten Organes. Der Halsteil ist deutlich erweitert, die Wandungen sind verdickt, die Schleimhaut geschwollen und lebhaft gerötet. Die Wand ist vielfach eingerissen und die Schleimhaut dabei verletzt. Das obere Stück ist im Ganzen gut erhalten, Wandungen bis 5 mm und darüber verdickt. Die Schleimhaut von narbigen Zügen durchsetzt, hier und da geschwürig verändert, von rauher Oberfläche. An andern Stellen liegen gelblich gefärbte, anscheinend nekrotische Massen und gallig gefärbte, membranartige Gebilde der Schleimhaut mehr oder weniger fest auf. Inhalt der Gallenblase besteht aus einer großen Zahl wohl gegen 100 etwa erbsengroßen, facettierten bräunlichen Cholesterin-Pigment-Kalksteinen. Daneben befindet sich ein rundliches gut kirschgroßes Steingebilde, von ähnlicher Farbe, welches auffallend leicht ist.

Mikroskopisch findet sich im Fundusteil hochgradige Zerstörung der Gallenblasenwand mit völligem Defekt der Muskulatur, welche durch faser- und zellreiches Narbengewebe ersetzt ist. Das Narbengewebe ist mit Pseudomembranen weithin bedeckt. Überall bis in die äußeren Wandschichten finden sich reichliche Leukocytenanhäufungen vor-

wiegend eosinophiler Natur, am reichlichsten gegen die Pseudomenbran zu. An anderen Stellen ist das junge Narbengewebe, welches die Muskulatur ersetzt, schon wieder mit Epithel überzogen. Das letztere ist höchst unregelmäßig gestaltet, meist hochzylindrisch mit dunkler Färbung des Protoplasmaleibes. Sehr auffallend sind in den äußeren, in Vernarbung begriffenen Wandschichten der Gallenblase eigentümliche schmale netzförmige, aus dunkel gefärbten protoplasmareichen Zellen zusammengesetzte krebsähnliche Stränge.

Im Halsteil ist die Zerstörung nicht so gewaltig, die Muskulatur überall erhalten, die Mucosa in ihren Falten verdickt, größtenteils vom Epithel entblößt, was jedoch operativer Natur sein kann. Deutliche Schleimdrüsentwicklung, die nach dem Halsteil zu immer stärker wird. Am wichtigsten ist jedoch, daß man an kleiner umschriebener Stelle direkt unter dem Epithel und dann weiter bis in die Wandschichten hinein unregelmäßige Stränge und Nester von typisch gebauten polymorphen Epithelzellen findet, die unzweifelhaft als Carcinom und nach ihrer tiefen Färbbarkeit und Gestaltung mit größter Wahrscheinlichkeit als Carcinom der Gallenwege betrachtet werden müssen.

Besonders interessant ist der Steinbefund, insofern der einzige kirschgroße Stein in seinem Zentrum einen großen schönen Cholesterinstein enthält. Es ist also der Verschlußstein noch vorhanden und es wäre sehr merkwürdig, wenn etwaige andere große Steine, die daneben vorhanden gewesen sein könnten, vor diesem Verschlußstein die Gallenwege passiert haben sollten. Es wäre von größter Wichtigkeit zu wissen, ob wirklich Steine abgegangen sind und wie groß dieselben waren.

Nachuntersuchung: Im Dezember 1912 teilen die Verwandten auf briefliche Anfrage mit, daß Patientin am 20. März 1910 also 3 Monate post operationem verstorben sei, ohne daß sie sich auch nur vorübergehend erholt hätte.

Der behandelnde Arzt teilt auf Anfrage mit, daß seiner Ansicht nach die Patientin an dem bei der Operation bereits konstatierten Ca. der Gallenblase verstorben sei. Deutlichen Ikterus habe er nicht beobachtet, dagegen sei starker Ascites aufgetreten, der wiederholte Punktionen erforderte.

Fall 18 (J.-N. 382. 1908).

Oophoritis.

Krankengeschichte:

Emma V., 26jähr. Instrumentenmachersfrau aus F., vom Arzt überwiesen am 20. V. 08.

Anamnese: Vater an Ca ventriculi, Mutter an Herzleiden gestorben, 2 Brüder und 1 Schwester leben und sind gesund, 1 Bruder gestorben an unbekannter Ursache. Patientin keine Kinderkrankheiten. Seit 1½ Jahren verheiratet, keine Kinder, keine Fehlgeburt. 1. Menses mit 13 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, 2—3 Tage Dauer, hier und da Krämpfe, Kreuz- und Leibschmerzen, keine Kopfschmerzen, letzte 1. Mai. Jetzige Beschwerden: Geringer Appetit, Schwäche, Wallungen, öfters Husten, Schlaf gut, keine Gewichtsabnahme. Vor 4 Jahren beständig zunehmende Schmerzen im Abdomen, besonders rechterseits, große Müdigkeit, Ausfluß. Der Arzt diagnostizierte Oophoritis und behandelte Patientin 6 Wochen in einem Privatspital mit kalten Wickeln und heißen Spülungen. Bis vor 6 Wochen beschwerdefrei, damals beginnende, mehr und mehr zunehmende Abgeschlagenheit, sonst nirgends Beschwerden außer einigen Durchfällen. Seit 4 Tagen äußerst heftige Kopfschmerzen, sehr großes Schwächegefühl, sodaß Patientin das Bett aufsuchte. Temperatur 39,0°. Am folgenden Tage wieder Fieber, Kopfschmerzen geringer, jetzt Schmerzen im Abdomen, Eisbeutel verringerte die Schmerzen. Seit vorgestern nach Diätfehler Erbrechen jeglicher Nahrung, nur Wasser wird vertragen, das Patientin in großer Menge nimmt. Heute wohl, nirgends Schmerzen, nur allgemeine Schwäche. Ikterus wurde nie beobachtet.

Status präsens: Etwas blasse, mittelgroße Frau, leidendes Aussehen, schwach entwickelte Muskulatur, geringes Fettpolster, Schleimhäute blaß, Reflexe normal, keine Ödeme. Lungen rechts hinten leichte Dämpfung, Zwerchfellstand rechts hinten 10., hinten links 12. Rippe, vorne rechts 5. Rippe. Keine Rasselgeräusche, überall rauhes Atmen. Herz o. B., Puls 120. Leib: Bei Palpation des Abdomens überall Gurren; unter dem rechten Rippenbogen bis zum Nabel reichender Tumor von harter Konsistenz, druckempfindlich, mit der Atmung verschieblich, sonst o. B. Geschlechtsteile: Mammae, Vulva, Vagina o. B. Uterus, Portio in der Linea interspinalis. Orificium externum grübchenförmig, Corpus retrovertiert im Douglas fixiert. Linkes

Ovarium vergrößert, in Verwachsungen gebettet. Rechtes Ovar und beide Tuben nicht deutlich austastbar, kein Tumor nachweisbar. Urin trübe, im Sediment hauptsächlich Detritus, wenig Leukocyten, wenig gekörnte Zylinder, Eiweiß +, Zucker +. Temperatur 39,1 axillar.

Diagnose: Cholecystitis. Differentialdiagnose: Pyelonephritis oder Nierentumor rechts.

Therapie: Bis 23. V. Temperatur abends über 39. Vom 23. an Abfall der Temperatur bis zur Norm. Tumor nicht mehr so groß, etwa enteneigroß in der Tiefe noch palpabel. 30. V. Operation (Prof. Krönig). Hierbei Gallenblase hühnereigroß, mit dem Darm verwachsen, im Ductus choledochus und der Blase kein Stein fühlbar. Rechte Niere stark vergrößert, kein Stein im Nierenbecken. Wegen der starken Verwachsungen wird Cholecystitis angenommen und Cholecystektomie ausgeführt. Verlauf post operationem o. B. Wunde verheilt glatt, Patientin steht am zweiten Tage auf. 16. VI. Patientin entlassen. Keine Schmerzen mehr, Tumor in der rechten Nierengegend verschwunden, Narbe fest. Subjektives Befinden sehr gut.

Es wurden also unter 63 Fällen 2 mal durch Gallenblasentumoren Adnextumoren vorgetäuscht.

Die 6 mal bei 63 Fällen von Gallenblasenoperationen diagnostisch hergestellten Beziehungen zwischen Gallenblase und Adnexen erwiesen sich als:

1. richtig 1 mal
2. irrig 1 mal
3. zweifelhaft 4 mal

V. Beziehungen von Gallenblasenleiden zur Appendicitis.

Während bei den beiden vorhergehenden Abschnitten gesagt wurde, daß eine direkte Überleitung, sei es durch entzündliche Prozesse, sei es durch raumbeengende Tumoren, nur sehr schwer möglich ist, bezw. daß sich in unserem Material kein derartiger Fall findet, gilt dieser Satz nicht bei den unter diesem Gesichtspunkt vereinten

Fällen. Denn eine Überleitung von Entzündungen des Wurmfortsatzes auf die Gallenblase und umgekehrt ist nicht nur leicht möglich, sondern auch wiederholt beobachtet.

In unserem Material findet sich vielleicht ein Beleg für ein solches Vorkommnis in der pathologisch-anatomischen Diagnose des Falles 19.

Legt man die Einteilung der beiden letzten Abschnitte zu Grunde, so ergeben sich bei der Prüfung unseres Materials auf Beziehungen der Gallenblasenerkrankungen zur Appendicitis:

A. Fälle, in denen die Beschwerden auf Erkrankung der Appendix bezogen wurden, in Wahrheit aber von der Gallenblasenerkrankung herrührten, wie Befund und Heilungsverlauf beweisen.

Siehe Fall 8.
Appendicitis.

B. Fälle, in denen die Vermutung, daß die ursprünglich auf die Appendix bezogenen Beschwerden vielleicht von der Gallenblase herrühren könnten, sich als irrig erwies.

Siehe Fall 9.
Appendicitis.

C. Fälle, in denen es zweifelhaft bleibt, ob die ursprünglich auf die Appendix bezogenen Beschwerden von der Gallenblase herrührten.

1. Siehe Fall 12 Appendicitis.
2. „ „ 13 „
3. „ „ 16 „
4. „ „ 17 „
5. Fall 19.
Appendicitis.

Krankengeschichte:

Luise F., Metzgersehefrau aus F., vom Arzt am 13. II. 12 eingewiesen.

Anamnese: Vater gestorben an Wassersucht, Mutter und 4 Geschwister leben und sind gesund. Patientin als

Kind Masern, Scharlach, später Influenza, Wechselfieber und Krampfadern. Seit 14 Jahren verheiratet, machte Patientin 6 Entbindungen durch, darunter 1 Forceps und 4 mal Placentarlösung und 1 Fehlgeburt. Der Wochenbettsverlauf stets o. B. Erste Menses mit 17 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, in den letzten Jahren mit starken Blutungen. Letzte Menses Mitte November vorigen Jahres.

Jetzige Beschwerden: Vor 14 Tagen war Patientin in hiesiger Klinik, wo eine Gravidität Mensis III festgestellt und wegen starker Krampfadern der arteficielle Abort vorgenommen wurde. Jetzt Wiedereintritt auf Anraten des Arztes wegen Appendicitis; Patientin klagt über heftige Schmerzen im Leib.

Status präsens: Lungen und Herz o. B., sonstiger Organbefund nicht erhoben. Das Stechen im Leib ist etwas oberhalb und außen vom Mac Burney'schen Punkte. Leib ist weich, kein Tumor zu fühlen. Zunge feucht, Puls zirka 100, Temperatur 38,0. Urin ist sehr trübe und enthält reichlich Eiweiß.

Diognose: Pyelitis.

Therapie: Es wird Eisblase verordnet, darauf ziehen die Schmerzen in den nächsten Tagen noch weiter der Nierengegend zu. Daher Blasenspülung mit Arg. nitr., vorher und nachher leichter Schüttelfrost, darauf Temperatur normal. 5 Tage nach der Aufnahme plötzlicher Temperaturanstieg auf 39°, leichte ikterische Verfärbung, Gallenblase druckempfindlich. Im Urin kein Gallenfarbstoff, wenig Eiweiß, Faeces normal braun. Am nächsten Tage kein Fieber, die Schmerzen sind mehr in die Appendixgegend lokalisiert. Wegen Verdachtes von Cholecystitis bezw. Appendicitis wird Operation erwogen. Nachdem das Fieber völlig abgeklungen ist, am 27. II. Operation (Prof. Krönig), Cholecystektomie und Appendektomie. Hierbei zeigt sich die Gallenblase frei von Verwachsungen, sie enthält keine Steine, nur dunkelbraune Flüssigkeit. Appendix ist sehr lang, an der Wurzel breit verwachsen. 3 Tage post operationem in der Nacht Durchfall, Zunge trocken, Leib ist weich und nicht druckempfindlich. Temperatur 39. Im Verlauf der nächsten Woche langsame Besserung. Leichte Sekretion der Wunde. Urin sehr trübe. Am 20. Tage post operationem Patientin entlassen. Wunde trocken und glatt verheilt. Keine Beschwerden. Befinden gut.

Patholog.-anatom. Diagnose: Gallenblase: Die Falten deutlich verdickt, Bindegewebsgerüst im Ganzen etwas ödematös, leicht sklerotisch. Die Muskulatur leicht hypertrophisch, nirgends stärkere entzündliche Veränderungen. Dagegen deutliche Gallenfarbstoffresorption in den Epithelien. Feinkörnige Fettinfiltration an den Bindegewebszellen der Schleimhaut. Das Alles spricht für Stauungsgallenblase. Appendix: Deutliche Sklerose des submucösen Bindegewebes, Verdickung der Subserosa, aber keine ausgesprochene Aufsplitterung der Muskulatur. Frühere Appendicitis nicht ausgeschlossen, aber nicht zu beweisen.

Die Stauungsgallenblase ist vielleicht auf appendicitische Verwachsungen am Halse oder auf abgegangene Cholesterinsteine zurückzuführen. Entzündliche Steine sind höchst unwahrscheinlich, aber nicht sicher auszuschließen.

Es erwiesen sich also die 7 mal bei 63 Fällen von Gallenblasenoperationen diagnostisch hergestellten Beziehungen zur Appendix als:

1.	richtig	1 mal
2.	irrig	1 mal
3.	zweifelhaft	5 mal

Rückblick.

Als Resultat vorliegender Arbeit ergiebt sich zusammenfassend folgendes: Es gibt Beziehungen zwischen der Gallenblase und dem weiblichen Genitale, denn

1. Die Gallenblasenfunktion wird durch die Menstruationsvorgänge intensiv beeinflußt (siehe Naunyn, Naxera, Hofbauer, Senator, Metzger, Pick, Hartmann und unsere Fälle 1—6);

2. Gallenblasentumoren können als Geschwülste genitalen Ursprungs imponieren, ohne Verwachsungen mit den Genitalorganen eingehen zu müssen (siehe Olshausen, Schülein und unsern Fall 6);

3. Entzündliche Gallenblasentumoren können durch ihre Lokalisation und Erscheinungen appendicitische Prozesse vortäuschen. (Siehe Fall 17);

4. Gallenblasenleiden, insbesondere Cholelithiasis, werden durch Tumoren der weiblichen Genitalorgane hervorgerufen (siehe Straßmann, John G. Clarke, Charles H. Mayo und H. W. Freund);

5. Gallenblasenleiden können als Leiden rein genitalen Ursprungs imponieren (siehe Gobiet und unsere Fälle 2, 7 und 8);

6. Umgekehrt können gleichfalls gynäkologische Leiden Erscheinungen wie Gallenblasenleiden bieten. (Siehe Sitzenfrey und Frank);

7. Geschwülste des weiblichen Genitales können mit der Gallenblase Verwachsungen eingehen (H. W. Freund);

(8. Der Appendix kann auf der Grundlage von Entzündungen Verwachsungen mit der Gallenblase eingehen und Veranlassung zu Gallenstauung geben). [S. Fall 19].

Dazu kommt die große Zahl von Fehldiagnosen, welche von der Mehrzahl aller Beobachter mitgeteilt wird. Nimmt man beides zusammen, so muß im Interesse vieler Patienten verlangt werden, daß die Diagnostik dieses offenbar bisher wenig beachteten Grenzgebietes weitere Förderung erfährt. Es ist deshalb zu hoffen, daß sich fernerhin auch andere Kliniken dieser Frage zuwenden und sie an ihrem Material prüfen.

Herrn Geh. Hofrat Professor Dr. Krönig spreche ich meinen verbindlichsten Dank für Überlassung der Arbeit aus.

In aufrichtiger Dankbarkeit gedenke ich des leider verstorbenen Herrn Priv.-Doz. Dr. Hans Schlimpert, der mich bei Anfertigung der Arbeit unterstützte.

Literatur.

Olshausen, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. 40, S. 524. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin. 13. I. 1899.

Sitzenfrey, Über die Beziehungen der Cholelithiasis zum weiblichen Geschlechtsleben und zu gynäkologischen Leiden, nebst Mitteilung eines durch Cystektomie geheilten Falles von Gallenblasenempyem im Wochenbett. Prager medizinische Wochenschrift No. 28/30, 1907.

Naunyn, Klinik der Cholelithiasis 1892, zitiert nach Sitzenfrey.

Naxera, Die Pathogenese der Gallensteine vom klinischen Standpunkte. Wiener klinische Rundschau 1904.

F. Frank, Beiträge zur Frage des Operierens an inneren Organen der Bauchhöhle beim Weibe. Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1903, Bd. 17, S. 14.

Hofbauer, Über Relationen weiblicher Generationsvorgänge zur Klinik der Cholelithiasis. Medizinische Klinik, 1909, No. 7.

Hartmann, Bakteriologische Studien an der Hand von 46 Gallensteinoperationen nebst einem Beitrag über ätiologische Fragen des lithogenen Katarrhs der Gallenblase. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1902, Bd. 68, S. 207.

Schülein, Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. 45, S. 201.

Straßmann, Ebenda, Bd. 47, S. 135.

Gobiet, J., Zur Frage der prophylaktischen Appendektomie und der systematischen Untersuchung der Gallenblase bei gynäkologischen Laparotomien. Gynäkologische Rundschau 1908, S. 629.

van de Weer, Journal of the American Medical Association 1906. Zitiert nach Gobiet.

Landau, Berliner klinische Wochenschrift 1906, No. 50.

Rißmann, Langdauernder Steinverschluß des Choledochus und des Diverticulum Vateri, transduodenale Operation in der Gravidität. Zentralblatt für Gynäkologie, Bd. 33, S. 689.

Freund, H. W., Deutsche Medizinische Wochenschrift 1898, No. 18.

Krömer, Verhandlungen der Gynäkologischen Gesellschaft in Berlin. Zentralblatt für Gynäkologie, Bd. 33, S. 218.

Senator, Berliner klinische Wochenschrift 1872.

Metzger, Münchner medizinische Wochenschrift 1905, No. 24, S. 1145.

Pick, Prager medizinische Wochenschrift 1895, No. 31, S. 325.

Clark, John G., The Journal of the American Medical Association, 1912, No. 18.

Mayo, Charles H., Ebenda 1912, No. 18.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Franz Ernst Eduard Theodor Hermann zu Wittlage als Sohn des Geh. Justizrates kgl. preuß. Amtsgerichtsrates G. Hermann am 27. Juni 1887. Ich bin evangelisch-lutherischer Konfession. Ich besuchte zunächst eine Vorschule und dann das Gymnasium zu Gütersloh bis zur Reifeprüfung Ostern 1908. Im Sommersemester 1908 studierte ich in Münster i. W. unter gleichzeitiger Ableistung der Militärdienstpflicht und vom Wintersemester 1908/09 bis zum Sommersemester 1910 in Freiburg i. Br. Dort bestand ich am 4. August 1910 die ärztliche Vorprüfung. Dann ging ich ein Semester nach München und kehrte im Sommersemester 1911 nach Freiburg zurück, wo ich am 26. April 1913 nach zehnsemestrigem Studium die ärztliche Hauptprüfung beendete.